



UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE SAN MIGUELITO



VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA EDUCACION  
CON ESPECIALIZACIÓN EN DOCENCIA SUPERIOR

TRABAJO DE GRADO

**IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUÉRPERAS Y SU  
IMPLICACIÓN EN LA SALUD DEL NEONATO.**

PRESENTADO POR:  
RUTH CÓRDOBA GAVIRIA  
8-834-1849

DOCENTE TUTOR:  
DR. JAIME A. RUIZ D.



TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR  
POR LA MAESTRÍA EN EDUCACIÓN CON  
ESPECIALIDAD EN DOCENCIA SUPERIOR

Panamá, República de Panamá, Noviembre de 2018

## **CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL ACADEMICO**

### **EXAMINADOR DEL TRABAJO DE GRADO**

El Tribunal Académico constituido para examinar el Trabajo de Grado **“IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUÉRPERAS Y SU IMPLICACIÓN EN LA SALUD DEL NEONATO EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018”**

Presentado por la estudiante Ruth Córdoba, con cedula No. 8-834-1849 y número de código CE-PT-327-06-256-01-18-49, estudiante de curso **“Seminario de Grado”**.

**El Tribunal Académico Examinador**, considera que los requisitos establecidos en el régimen de evaluación de los programas de maestría, han sido cumplidos en atención a los tres aspectos esenciales, los de orden metodológico, teórico, y los aspectos relevantes en la contribución del conocimiento científico

En consecuencia el tribunal, después de evaluar los criterios estatutarios, y el régimen de evaluación procede a calificar con \_\_\_\_\_ la tesis presentada y sustentada durante todo el curso.

Dado en la ciudad de Panamá, a los 15 días del mes de Diciembre del año 2018

---

Dr, Jaime Anselmo Ruiz Dean

Presidente del tribunal académico

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis, principalmente, a Dios, por darme fuerzas para continuar en este proceso de obtención de un título muy anhelado.

A mi madre, por sus palabras de ánimo y motivación, inspiradoras para seguir adelante, gracias a usted he logrado llegar hasta aquí.

Y a todas las personas que me han apoyado para que el Trabajo se realice con éxito, en especial, a aquellas compartieron de sus valiosos conocimientos.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios, por la vida y oportunidades que me ha brindado, también, le agradezco al Dr. Jaime Anselmo Ruíz Dean, por sus grandes enseñanzas y su apoyo en todo momento. Gracias por haber sido un tutor a tiempo y fuera de tiempo.

# ÍNDICE GENERAL

	Págs
<b>El Tribunal De Tesis.....</b>	<b>i</b>
<b>Dedicatoria.....</b>	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b>ii</b>
<b>Índice General.....</b>	<b>iii</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>i.v</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>v</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>vi</b>

## Capítulo I

### Generalidades Del Problema

1.1 Antecedentes Del Problema.....	1
1.2 Justificación Del Problema.....	3
1.3 Importancia Del Problema.....	4
1.3.1 Conveniencia.....	4
1.3.2 Relevancia.....	5
1.3.3 Implicaciones Prácticas.....	5
1.3.4 Valor Teórico.....	5
1.3.5 Utilidad Metodológica .....	6
1.3.6 Alcance Y Limites Del Problema.....	6
1.3.7 Viabilidad De La Investigación .....	6
1.4 El Problema De Investigación.....	6
1.4.1 Formulación Del Problema.....	7
1.5 Planteamiento Del Problema .....	7
1.5.1 Enunciado Del Planteamiento Del Problema .....	7
1.6 Preguntas Del Problema.....	7
1.7 Objetivo General.....	8
1.7.1objetivos Específicos.....	8
1.8 Hipótesis De Investigación.....	8
1.8.1 Hipótesis Nula.....	8
1.9 Sistemas De Variables.....	8
1.9.1 Variable Independiente.....	9
1.9.1.1 Definición Conceptual.....	9

1.9.1.2 Definición Operacional.....	10
1.10 Categoría/ Racionalidad.....	11
1.10.1 Sub Categorías.....	11
1.11 Unidad De Información.....	11
1.11.1 Delimitación De La Población.....	11
1.11.2 Criterios De Inclusión.....	11
1.11.3 Criterios De Exclusión.....	12
1.11.4 Criterios De Eliminación.....	12

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1 Marco Legal.....	13
2.2 Marco Filosófico-Antropológico.....	13
2.3marco Teórico Referencial.....	18
2.4 Marco Conceptual .....	60

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

3.1 Enfoque De La Investigación.....	70
3.2 Tipo De Investigación.....	71
3.3 Línea De Investigación.....	71
3.4 Población Objeto De Estudio.....	71
3.5 Diseño De Muestreo.....	71
3.6 Marco Maestral.....	72
3.7 Tamaño De La Muestra.....	72
3.8 Diseño De Instrumento.....	73

3.9.1 La Primera Parte Del Instrumento.....	73
3.9.2 La Segunda Parte Del Cuestionario.....	74
3.10 Validez Y Confiabilidad.....	74
3.11 Instrumento.....	74
3.12 Técnica De Recolección De Datos.....	75

## ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO N°1 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUERPERAS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS SEGÚN GRADO DE ESOLARIDAD, PANAMA 2018 .....	76
CUADRO N°2 CANTIDAD DE EMBARAZOS SEGÚN EDAD DE LAS PUÉRPERAS DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018 .....	78
CUADRO N°3 CONOCIMIENTO ACERCA DE EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUERPERAS VERSUS EL USO DE ANTICOCEPTIVOS EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018 .....	80
CUADRO N°4 CONOCIMIENTO ACERCA DE INFECCIONES DE TRASMISSION SEXUAL Y LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN LAS PUÉRPERAS DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018 .....	82

CUADRO N°5 PRECAUCIONES QUE HAN TOMADO DURANTE EL EMBARAZO PARA EVITAR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN LA CANTIDAD DE HIJOS QUE HAN TENIDO LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DELAÑO 2018	84
---	----

CUADRO N°6 INFORMACIÓN RECIBIDA ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN EDAD DE PUERPERAS DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE 2018	86
---	----

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA N°1 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUERPERAS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS SEGÚN GRADO DE ESOLARIDAD, PANAMA 2018	77
GRÁFICA N°2 CANTIDAD DE EMBARAZOS SEGÚN EDAD DE LAS PUÉRPERAS DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018	79
GRÁFICA N°3 CONOCIMIENTO ACERCA DE EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUÉRPERAS VERSUS EL USO DE ANTICOCEPTIVOS EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018	81

GRÁFICA N°4 CONOCIMIENTO ACERCA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN LAS PUÉRPERAS DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018	.....83
GRÁFICA N°5 PRECAUCIONES QUE HAN TOMADO DURANTE EL EMBARAZO PARA EVITAR INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN LA CANTIDAD DE HIJOS QUE HAN TENIDO LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018	.....85
GRÁFICA N°6 INFORMACIÓN RECIBIDA ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN EDAD DE PUERPERAS DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE 2018	.....87

## **5.1 Conclusiones**

## **5.2 Recomendaciones**

## **Referencias Bibliográficas**

## **Anexos**



## Resumen

La presente investigación es importante, porque aborda a las puérperas y neonatos considerados población vulnerable debido a los riesgos y complicaciones que pueden padecer durante esta etapa. Además, integra la importancia de la educación sexual en las puérperas lo cual es muy relevante para disminuir posibles factores de riesgos antes, durante y posterior al embarazo. Objetivo: Determinar si existe relación significativa entre la importancia de la educación sexual de las puérperas y la salud del neonato.

Es de utilidad para los futuros profesionales de salud, también, para todas aquellas personas que realizan una investigación relacionada con la importancia de la educación sexual.

Método: Se realizó la investigación a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia aleatorio simple al azar de tipo individual. En donde se utilizó un total de 20 pacientes puérperas de la sala de Gineco obstetricia del hospital Irma Lourdes De Tzanetatos en el primer semestre del año 2018. Esta investigación basa sus acciones en la recopilación de datos primarios, obtenidos directamente de la realidad, por lo que se utilizó la técnica de la encuesta.

Resultados: Los resultados obtenidos reflejan que la baja escolaridad y los embarazos precoces guardan una estrecha relación con la falta de conocimiento acerca de educación sexual que tienen algunas de las puérperas encuestadas. En cuanto a planificación familiar refieren conocer algunos de los métodos anticonceptivos pero no lo utilizan. El 20% no han utilizado anticonceptivos, de las cuales un 5% refiere conocer poco acerca de educación sexual, el 10% respondió que no sabe nada acerca de educación sexual y el otro 5% refiere que no usa anticonceptivos y no sabe acerca de educación sexual.

Conclusiones : Debe brindarse información acerca de la importancia de la educación sexual desde temprana edad siempre teniendo en cuenta la etapa del desarrollo físico y cognitivo de la persona. Ya que el conocimiento brinda mejor control y toma de decisiones.

Existe relación significativa entre la educación sexual de las puérperas y la implicación en la salud del neonato, porque al no prevenir contagios de transmisión sexual durante el embarazo, expone al recién nacido a padecer anomalías a causa del contagio.

Algunos factores de Riesgo socioeconómicos que impiden que conozcan la importancia de la educación sexual son la baja escolaridad, la falta de empleo, la disfunción familiar.

## Abstract

The present investigation is important because it addresses the puerperal and neonates considered vulnerable population due to the risks and complications that they may suffer during this stage. It also integrates the importance of sex education in the postpartum women which is very relevant to reduce possible risk factors before, during and after pregnancy. Objective: To determine if there is a significant relationship between the importance of sex education of the puerperal women and the health of the newborn.

It is useful for future health professionals also for all those who conduct research related to the importance of sex education.

Method: The investigation was carried out through a non-probabilistic sampling, by simple random random convenience of individual type. Where a total of 20 postpartum patients from the Obstetric Gynecology ward of the Irma Lourdes De Tzanetatos hospital were used in the first half of 2018. This research bases its actions on the collection of primary data, obtained directly from reality, so that the survey technique was used.

Results: The results obtained reflect that low schooling and early pregnancies are closely related to the lack of knowledge about sex education that some of the puerperal women surveyed have. As for family planning, they refer to knowing some of the contraceptive methods but do not use it. 20% have not used contraceptives, of which 5% report knowing little about sex education, 10% said they don't know anything about sex education and the other 5% say they don't use contraceptives and don't know about education sexual.

Conclusions: Information should be provided about the importance of sexual education from an early age, always taking into account the stage of physical and cognitive development of the person. Since knowledge provides better control and decision making.

There is a significant relationship between the sexual education of the puerperal women and the involvement in the health of the newborn, because by not preventing contagions of sexual transmission during pregnancy, it exposes the newborn to suffer anomalies due to contagion.

Some socioeconomic risk factors that prevent them from knowing the importance of sex education are low schooling, lack of employment, family dysfunction.

## **Introducción**

El material de esta investigación se ha desarrollado en cinco capítulos: El primer capítulo comprende la introducción que consta de los antecedentes, definición y su importancia, seguido los objetivos generales y específicos del trabajo que nos compete.

El segundo capítulo, comprende el Marco Teórico el cual consta de la definición de conceptos según autores, importancia de educación de las puérperas y su implicación en la salud del neonato, marco legal, antropológico y referencial que respaldan la investigación.

El tercer capítulo, comprende el marco metodológico que consta del tipo de investigación, delimitación, hipótesis, variables: independiente y dependiente, población, muestra, instrumento y por último procedimiento.

El cuarto capítulo, comprende los resultados que consta de la presentación de los resultados y análisis estadísticos de los datos.

El quinto capítulo, comprende la discusión que consta de las conclusiones, recomendaciones, y por último referencias bibliográficas y anexos.

Espero que este trabajo sirva de guía y consulta para futuros estudios referente a temas relacionados con educación sexual.

Todas las personas portamos un saber en relación a la sexualidad que es un saber vinculado a los conocimientos que tenemos sobre ella, pero, también, vinculado a las experiencias que todos/ as a lo largo de nuestra vida hemos experimentado. Así mismo, cada uno y una de nosotros tiene una determinada escala de valores en relación a qué, cuándo, con quién y cómo considera que son las condiciones adecuadas para el ejercicio de la sexualidad.

La educación sexual es un “Proceso vinculado estrechamente a la formación de las personas, que aporta elementos de esclarecimiento y reflexión para incorporar la sexualidad como una dimensión existencial, de forma plena, enriquecedora y saludable en todo el transcurso vital, en un ámbito de vigencia de los Derechos Humanos y la Equidad.”(ANEP CODICEN. Comisión de Educación Sexual, 2006, pág. 31)

## **Generalidades del problema**

### **1.1 Antecedentes del problema**

- ❖ El Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social en el año 2002, crean las normas de Salud Integral de la Mujer con la colaboración de un grupo multidisciplinario de 42 profesionales. La revisión final previa a su publicación se realizó a través de un taller nacional que tuvo lugar en el mes de abril del año 2002. El Programa de Salud Integral de la Mujer tiene como propósito contribuir a elevar el nivel de salud biopsicosocial de la población femenina, mediante acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de su salud, que conlleve al desarrollo integral de la mujer, la madre, el recién nacido y se proyecte hacia el bienestar de la familia y de la comunidad en su conjunto.

Estas normas se realizaron con el fin de mejorar la salud sexual de la población femenina en la República de Panamá con objetivos dirigidos a ofrecer Atención Integral de Salud a la Mujer durante todas las etapas de su vida, dando prioridad a los grupos de mayor riesgo, en especial a las embarazadas y recién nacidos. Buscando, también, el logro de 2 de los objetivos del milenio trazados para el año 2015. Los cuales fueron el objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil y el 5. Mejorar la salud materna.

- ❖ América Latina y el Caribe tienen la segunda mayor tasa de embarazo adolescente del mundo, dijo la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en un informe que recomienda más educación sexual y un mayor uso de anticonceptivos para reducirla.

En la región, el 15% de los embarazos anuales ocurre en menores de 20 años, señaló el reporte de la OPS, oficina regional de la Organización Mundial de la Salud, Unicef y el Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Mientras la tasa mundial de embarazos adolescentes se estima en 46 nacimientos por cada mil madres de entre 15 y 19 años, en América Latina y el Caribe es de 66.5 por mil, solo superada por la de África subsahariana.

Unos 2 millones de niños nacen, anualmente, de madres adolescentes y madres sin control

prenatal. Según el estudio, que destaca que el embarazo en menores de 20 años está asociado a un mayor riesgo de muerte materna y a más posibilidades de problemas de salud en los hijos y una vida en condiciones de pobreza.

A menor edad materna, menor edad gestacional del hijo, menor peso al nacer, peor estado de nutrición infantil y menor nivel de escolarización alcanzado, indica el estudio.

Las tasas más altas de gestación en adolescentes en la región están en Centroamérica, con Guatemala, Nicaragua y Panamá a la cabeza.

- ❖ Según datos de la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH), el nivel educativo de las mujeres ha aumentado significativamente, pasando de 6.7 años de educación a 8.4, entre 1995 y 2012, y la participación en el mercado laboral, de menos del 50% a 62% en el mismo período. Por otro lado, según datos del Banco Mundial, el embarazo en la adolescencia ha aumentado de 17% a cerca de 20% en esos años. Por esa razón surge la interrogante de saber si es el embarazo en la adolescencia producto de falta de educación sexual.
- ❖ Un informe de la Contraloría General de la República de Panamá del año 2016 revela que el 18.7% de 75,184 nacimientos vivos era de madres menores de 20 años. Al dividir el 18.7% de los embarazos vivos por edades, se tiene que el 0.7% fue en adolescentes menores de 14 años y el resto (18.0%) ocurrió entre adolescentes de 15 y 19 años.
- .
- ❖ Según el estudio La Mortalidad Materna en Adolescentes: Una Crisis Ignorada publicado en Abril 2017, las estadísticas de mortalidad materna subrayan la forma en que las sociedades les han fallado a las mujeres, especialmente, a las mujeres jóvenes de los países en desarrollo. Hasta 529,000 mujeres mueren de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto por año. El embarazo es la principal causa de muerte entre las mujeres jóvenes comprendidas entre las edades de 15 a 19 años. La salud reproductiva de las mujeres adolescentes depende de factores biológicos, sociales y económicos. Los programas deben proveer educación, servicios de planificación familiar y cuidados pre y pos natales para reducir la morbilidad y mortalidad entre las mujeres jóvenes.

Las adolescentes entre las edades de 15 a 19 años tiene dos veces más probabilidades de morir durante el embarazo o parto que aquellas mayores de 20 años; las jóvenes menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de fallecer.

Cada año en los países en desarrollo, al menos dos millones de mujeres jóvenes se realizan un aborto riesgoso. Los abortos riesgosos pueden tener consecuencias devastadoras, incluyendo el desgarre cervical, la perforación uterina, hemorragias, infecciones pélvicas crónicas, la infertilidad y la muerte.

Los infantes de las adolescentes corren mayores riesgos de fallecer. De hecho, los hijos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de morir antes de cumplir un año que los infantes de madres más adultas.

Las complicaciones durante el parto dan cuenta de casi el 25 por ciento de las muertes perinatales. El parto precoz y el bajo peso al nacer son otras de las razones por las cuales mueren los infantes que nacen de madres adolescentes.

## **1.2 Justificación del problema**

La justificación de la importancia de educación sexual en las puérperas y su implicación en la salud del neonato desde el punto de vista del personal de salud y como docente es de mucha relevancia que las puérperas conozcan y puedan mantener un intervalo mínimo de tiempo entre un embarazo y otro: cuando es inferior a dos años, se ha asociado a un incremento en la incidencia de bajo peso al nacer, parto pre término, muerte neonatal, malnutrición o infección. Estos riesgos sólo se pueden disminuir si la población en edad fértil tiene un adecuado conocimiento en educación sexual.

La educación sexual es un componente central en la vida de los individuos, la manera como es vivenciada y socializada puede resultar trascendental para el resto de sus vidas.

Este estudio es novedoso para mí como personal de salud del hospital Irma Lourdes Tzanetatos, debido a que el hospital es relativamente nuevo y existen pocas investigaciones acerca del tema, el mismo contribuirá tanto para los profesionales de la salud como para el público en edad reproductiva.

Será de gran utilidad este estudio para los futuros profesionales de salud, también, para todas aquellas personas que realizan una investigación relacionada con la importancia de la educación sexual, lo cual es un tema muy importante porque va en pro de mejorar la salud y educación. Es un reto muy difícil pero al mismo tiempo ayudara a comprender la importancia de la implementación de nuevos métodos y mecanismos que ayuden a las mujeres en edad reproductiva y puérperas a la disminución de embarazos en la adolescencia, infecciones de transmisión sexual y disminución de implicaciones en la salud de neonatos.

### **1.3 Importancia del problema**

Importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018

Este problema es importante porque aborda a las puérperas y neonatos, los cuales son considerados población vulnerable debido a los riesgos y complicaciones que pueden padecer durante esta etapa. Además, integra la importancia de la educación sexual en las puérperas lo cual es muy relevante para disminuir posibles factores de riesgos antes, durante y posterior al embarazo.

#### **1.3.1 Conveniencia**

Es conveniente, porque podré conocer el nivel de conocimiento acerca de educación sexual, que tienen las puérperas del hospital Irma Lourdes Tzanetatos y de ser necesario podría mejorar, reforzar y complementar el conocimiento que tengan acerca de educación sexual, asiéndoles énfasis en las implicaciones en la salud del neonato. Como personal de salud y educadora esto sería un gran logro, porque la salud y la educación son grandes pilares de nuestra sociedad toda acción en pro de mejorarlas es una ganancia para las mujeres en edad reproductiva y la población en general.

#### **1.3.2 Relevancia**

La educación sexual es un tema que se debe tratar desde el inicio del desarrollo humano de acuerdo a cada etapa en la vida del individuo. La importancia en la educación sexual de las puérperas es relevante, porque a mayor grado de

conocimiento menor riesgo de sufrir complicaciones antes, durante y posterior al embarazo. El problema de estudio ofrece conocimiento en dos vías. Me permite como enfermera brindar mis conocimientos acerca de educación sexual, tomar el rol de educadora y orientar a las pacientes en los temas donde haya carencia de conocimiento. Por otro lado, les ofrece a las puérperas conocer las implicaciones en la salud de los neonatos y posteriormente poner en práctica lo aprendido.

### **1.3.3 Implicaciones prácticas**

Se puede implementar la realización de charlas, seminarios e inducciones en algunos colegios cercanos al hospital Irma Lourdes Tzanetatos, con el fin de disminuir los embarazos precoces, infecciones de transmisión sexual, abortos entre otras de las anomalías que se atienden con frecuencia en el hospital Irma Lourdes Tzanetatos.

También, se puede realizar la captación de embarazadas que tengan poco conocimiento en educación sexual, en el nivel de atención primaria que serían los centros de salud y policlínicas aledaños al lugar con el fin de orientarlas para que antes que lleguen a su etapa de puérperas en un segundo nivel de atención que podría ser el hospital Irma Lourdes Tzanetatos ya ellas conozcan las implicaciones en la salud de los neonatos. Y a futuro lograr que estas mujeres a través del conocimiento ya adquirido puedan planificar con algunos de los distintos métodos anticonceptivos existentes y evitar embarazos antes del periodo intergenesico que es de dos años. Además de disminuir la multiparidad.

### **1.3.4 Valor teórico**

Según literatura consultada en el libro Williams obstetricia 24° edición La palabra puerperio se deriva del latín puer, niño, y parus, dar a luz. En la actualidad define al intervalo después del parto durante el cual los cambios anatómicos y fisiológicos maternos inducidos por el embarazo regresan al estado antes de la gravidez. En consecuencia, su duración es poco precisa, pero se le considera de cuatro a seis semanas.

Las puérperas son las mujeres que acaban de dar a luz y pasan por el proceso de puerperio. El conocimiento que estas posean acerca de la importancia de educación sexual tiene implicación en la salud del neonato. Porque por lo general las primigestas con



conocimientos básicos de educación sexual tienden a asistir a sus controles prenatales, lo que brinda la posibilidad de detectar a tiempo posibles anomalías durante el embarazo.

### **1.3.5 Utilidad metodológica**

Es de utilidad, porque se centra en la creación de instrumentos que ayuden a brindar docencia necesaria para el mejoramiento en ámbitos de educación sexual. Beneficia a la población en general; porque está dirigida a puérperas que posteriormente podrán convertirse en una agente multiplicador de la información. Está orientado al mejoramiento de la salud sexual.

### **1.3.6 Alcance y limites del problema**

Las encuestas del problema serán aplicadas a puérperas y mujeres en edad reproductiva.

### **1.3.7 Viabilidad de la investigación**

La investigación es viable porque cuenta con un personal capacitado en salud sexual y reproductiva, lo que facilita el poder brindar educación sexual a las pacientes que asisten al hospital Irma Lourdes Tzanetatos. En cuanto a recursos financieros la confección de afiches y panfletos para reforzar la orientación brindada no tienen un costo muy elevado.

## **1.4 El problema de investigación**

De acuerdo con Rodríguez Peñuelas (2003a) el problema de investigación, es el inicio o detonador de toda indagación; es lo que desencadena el quehacer científico. Es, al mismo tiempo, su norte y su guía. No hay investigación científica sin problema de investigación. El problema es una dificultad, es lo que se quiere averiguar, explicar o resolver

### **1.4.1 Formulación del problema**

Importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

## **1.5 Planteamiento del problema**

### **1.5.1 Enunciado del planteamiento del problema**

Cuál es la Importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

### **1.6 Preguntas del problema**

- Qué Importancia tiene la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.
- Cuándo debe brindarse información acerca de la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.
- Para qué debe brindarse información acerca de la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.
- Cuáles son los factores de riesgo socioeconómicos que impiden que conozcan la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

### **1.7 Objetivos**

#### **1.7.1.Objetivo General**

- ❖ Determinar si existe relación significativa entre la importancia de la educación sexual de las puérperas y la salud del neonato.

### **1.7.2 Objetivos Específicos**

- ❖ Explicar la importancia de la educación sexual de las puérperas y la salud del neonato.
- ❖ Considerar la importancia de la educación sexual de las puérperas y la salud del
- ❖ Evaluar la importancia de de la educación sexual de las puérperas y la salud del neonato.

## **1.8 Hipótesis del problema de investigación**

### **1.8.1 Hipótesis De Investigación H1**

Si es importante la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

### **1.8.2 Hipótesis Nula H0**

No es importante la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

## **1.9 Sistemas de Variables**

- Según Sampieri (2007). Sistemas de variables es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse” Las variables son los elementos que vamos a medir, controlar y estudiar dentro del problema formulado, de allí que se requiera la posibilidad real y cierta de que se puedan cuantificar.
- Hernández (2007) define sistemas de variable como "una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse".

- Ramírez (2008) plantea que un sistema de variable es: “la representación característica que puede variar entre individuos y presentan diferentes valores” (p.25). Entonces, una variable es una cualidad susceptible de sufrir cambios.

### **1.9.1 Variable independiente**

#### Educación sexual

##### **1.9.1.1 Definición Conceptual:**

- La OMS considera la educación sexual como la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor (Fundación Sexpol, 1998).
- Según Campos, (2001) "La educación sexual, es la parte de la educación general que incorpora conocimientos biopsicosociales de la sexualidad como parte de la formación integral de la persona y su objetivo es lograr la identificación sexual del individuo y capacitarlo para crear sus propios valores y actitudes que le permitan realizar su autodeterminación y vivir su sexualidad de manera sana"
- Según González Hernández (2003) "La educación sexual es el proceso de enseñanza-aprendizaje en el que somos formados en lo relacionado con el proceso y los efectos de la actividad sexual y el sexo.

##### **1.9.1.2 Definición Operacional**

La educación sexual es el proceso continuo de enseñanza acerca de los cambios en el desarrollo humano y los conocimientos necesarios que cada individuo debe poseer para disfrutar de una vida sexual saludable. Dicha orientación debe ser transmitida teniendo en cuenta la etapa cognitiva en la que se encuentra el individuo

con el fin de reducir los factores de riesgos psicosociales que repercuten en el bienestar y la salud del individuo.

## **1.9.2 Variable Dependiente**

 Salud del neonato

### **1.9.2.1 Definición conceptual:**

Según el Dr. Eusebio Angulo Castellanos, la salud del neonato es cuando se desarrolla cada cambio de forma óptima teniendo en consideración que el periodo neonatal es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta los primeros 28 días de vida. La definición de este período es importante porque representa una etapa muy corta en la que suceden diversos cambios.

### **1.9.2.2 Definición operacional:**

La salud del neonato es un estado de completo bienestar del ser humano desde su nacimiento hasta sus primeros 29 días de vida, en donde desde los primeros minutos del nacimiento mediante un avalúo físico se puede verificar si cuenta con los reflejos innatos básicos de sobrevivencia y se puede contemplar si existe alguna anomalía visible para posteriormente ir vigilando los cambios en su desarrollo.

## **1.10 Categoría/racionalidad**

### **1.10.1 Sub categoría / elementos racionales**

<b>Categoría</b>	<b>Sub Categoría</b>	<b>Indicador</b>
Educación sexual	➤ Embarazos en adolescentes	➤ Nauseas
		➤ Vómitos
		➤ Desertación escolar

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Virus del papiloma humano</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verrugas</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cáncer cervicouterino</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Multiparidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mujeres con más de 4 hijos</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hacinamiento</li> </ul>

## 1.11 Unidad de información

### 1.11.1 Delimitación de la población

La población seleccionada está constituida por puérperas (mujeres en condición de parto reciente, menos de 45 días)

### 1.11.2 Criterios de inclusión

Son las características que necesariamente deben tener los elementos de estudio.

- ❖ La investigación está dirigida a puérperas, pero contiene aportes significativos que se puede utilizar con adolescentes, mujeres en edad fértil y personas con escasos o ningún acceso a la información pertinente.

### **1.11.3 Criterios de exclusión**

Definición de las características cuya existencia obligue a no incluir a un sujeto como elemento de estudio. (Nunca entraron al estudio)

- ❖ La investigación excluye a las mujeres que ya han tenido partos anteriores y por ende mayor acceso a la información.

### **1.11.4 Criterios de eliminación**

Se define como las características que presenten los sujetos de estudio durante el desarrollo del mismo y que obliguen a prescindir de ellos. (Entraron pero se les eliminó)

- ❖ La investigación elimina a mujeres que ya han culminado su etapa reproductiva, ya sea por la edad o por salpingectomía.

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **2.1 Marco Legal**

La Constitución Política de la República de Panamá reconoce que es función esencial del Estado, velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

La Constitución, también dispone, en su artículo 113, que "en materia de salud, corresponde primordialmente al Estado, el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación: Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia".

Igualmente, nuestro marco jurídico incorpora normas relacionadas que plantean el deber del Estado de garantizar la salud y educación para la población panameña, como la Ley 4 de 1999 de "Igualdad de Oportunidades";

Ley 3 de 5 de enero de 2000, "General sobre las infecciones de transmisión sexual, VIH/sida"

Ley 79 de 2011 "Contra la trata de personas y actividades conexas"

#### **2.2 Marco Filosófico –Antropológico**

Los libros sobre el arte de amar o el arte del amor, así como los consejos e ideas preconcebidas sobre los problemas sexuales se remontan a la Grecia clásica. Desde comienzos del siglo XVIII, sin embargo, cierta demanda de información sexual vino de la mano de los estragos de las enfermedades venéreas.

A partir del siglo XIX cuando la sexualidad se convirtió en un problema, y en motivo de atención para los legisladores, médicos, policías y curas, aunque lo único que consiguieran



con sus debates y consejos fuera el crear un nuevo problema clínico y un lenguaje conflictivo en el terreno de la sexualidad. Cada sociedad tuvo, y tiene, sus normas, restricciones y prohibiciones en el terreno sexual.

Antecedentes históricos del proceso de Educación Sexual según revista MEDISAN vol.17 Santiago de Cuba jul. 2013

**Primera etapa (1959-1975):** creación de las condiciones para el desarrollo de la educación de la sexualidad

Enero de 1959, se redefinieron y precisaron las funciones y propósitos en la educación. Se originaron profundos cambios cualitativos, tales como: carácter democrático y humanista adquirido, reconocimiento de los derechos de la mujer, así como la función social de la escuela en la preparación de las nuevas generaciones, además de la formación y perfeccionamiento del personal docente para cumplir con este encargo.

La década de los años 70 tuvo rasgos distintivos en la profundización de la Revolución Educacional, así, el I Congreso Nacional de Educación y Cultura (abril, 1971), inicio un proceso de perfeccionamiento del Sistema Nacional de Educación que potenció la problemática educacional en todos los niveles y tipos de enseñanza.

Por su parte, la Unión de Jóvenes Comunistas (UJC) abogó por la atención en el congreso (1972), a la alta tasa de abortos que existía en la población adolescente y joven, unido a su escasa preparación para enfrentar el matrimonio, la vida en pareja; a lo que se anexaba el problema de la deserción escolar.

En 1974, en congreso, se abogó por la instauración de un Programa Nacional de Educación Sexual que propiciara enfrentar las insuficiencias heredadas; además, era necesario trabajar por erradicar la maternidad temprana, así como la equidad de oportunidades y posibilidades entre hombres y mujeres, niños y niñas.

En 1975, el código de familia, aprobado en el Primer Congreso del Partido Comunista de Cuba, constituyó un marco legal indispensable para legitimar y promover en el contexto de la institución familiar, los valores de igualdad de derechos para el hombre y la mujer.

Igualmente, se abordan las propuestas que trascendieron hasta su integración en las políticas aprobadas y recogidas de manera general en las resoluciones sobre la formación de la niñez y la juventud, así como sobre el pleno ejercicio de la igualdad de la mujer. En esta última se plantea la necesidad de terminar definitivamente la discriminación de la mujer y que la educación sexual forme parte de la educación integral " parte de esta educación que ha de impartirse en hogar y escuela, debe ser una educación sexual adecuada a cada etapa de la vida del niño".

De esta manera, se trazaron nuevas pautas para el desarrollo de la educación de la sexualidad, dentro de ella, se reconoce la importancia de la coeducación entre ambos sexos para la formación de relaciones adecuadas, la promoción de un enfoque correcto de la sexualidad que enfatice en su aspecto humano y social, así como preparar tanto a los educandos como a educadores (padres, maestros y sociedad en general) sobre este tema y su educación.

Uno de los principales rasgos de esta etapa es la constitución de las organizaciones políticas y de masas que suscitaron los cambios relacionados con la sexualidad.

Se observa un proceso ascendente a partir del triunfo de la revolución, dado por la preocupación de trabajar la educación sexual como una tarea formativa y la necesidad de estructurar pedagógicamente, mediante vías y métodos, la educación de la sexualidad en la joven generación.

- **Segunda etapa (1976-1991):** establecimiento de las bases psicopedagógicas para desarrollar la educación de la sexualidad

Se evidencia la preocupación por realizar el proceso de educación de la sexualidad mediante una labor cohesionada de la escuela, las organizaciones políticas y de masas, la familia y la comunidad, lo cual constituye una parte del trabajo que comprende la organización escolar.

**Tercera etapa (1992-2006):** renovación y perfeccionamiento de la educación de la sexualidad

En esta etapa aparece la necesidad de la sistematización y enriquecimiento en la práctica de la educación de la sexualidad, apoyada en la investigación realizada, tanto en los Institutos Superiores, el Ministerio de Educación como en el Instituto Central de Ciencias Pedagógicas.

- **Cuarta etapa (2007) Actualidad:** visión social integradora de la educación sexual. Atención a la diversidad sexual

Caracterizada, desde el punto de vista teórico-metodológico, por una apertura hacia lo diverso, como reflejo de las políticas que en el mundo se globalizan hacia la aceptación de la sexualidad más libre y plena, donde se asumen los derechos del ser humano independientemente de su orientación sexual o diferencia.

Se realizó un análisis del proceso de educación sexual, el cual permitió determinar las características correspondientes a las 4 etapas, definidas como las tendencias históricas que caracterizan las transformaciones de este proceso, desde un enfoque tradicional, conservador y biologicista. Además, se trató la sexualidad con un enfoque humanista crítico, dirigido hacia la diversidad desde la perspectiva de género.

La historia de la sexualidad se remonta a la prehistoria. Se ha demostrado la existencia de una promiscuidad sexual primitiva donde el hombre, de manera similar a los animales, llevaba una vida sexual regulada por los períodos de acoplamiento. Esta monogamia tenía la finalidad de asegurar el patrimonio familiar (Vera-Gamboa, 1998).

Con la llegada del judaísmo aparecen interacciones ante la sexualidad. En el Antiguo Testamento existían normas que regulan las conductas sexuales de la época: en el Éxodo, en los diez mandamientos, se prohíbe el adulterio. Aparece, también, el tabú de la desnudez y la prohibición del incesto. En esta cultura, el matrimonio tenía como finalidad la descendencia, la esposa hebrea tenía el “privilegio” de compartir los favores del esposo con otras esposas secundarias, pero si ella era infiel sería apedreada. En la Edad Media, la Iglesia consolida su poder equiparándose con el poder civil. Aparecen los cinturones de

castidad y se hacen evidentes los problemas sexuales, por lo que la Iglesia para reafirmarse refrenda el matrimonio monógamo y declara el instinto sexual como demoníaco (Vera-Gamboa, 1998).

Alrededor de 1530, con la Reforma Protestante se admite el primer divorcio, solicitado por Enrique VIII para separarse de Catalina de Aragón y casarse con Ana Bolena (Vera-Gamboa, 1998)

A finales del siglo XV aparecen en Europa los primeros indicios de infecciones de transmisión sexual, conocidas entonces como enfermedades venéreas, consideradas como un castigo celestial por los excesos sexuales (Vera-Gamboa, 1998).

Durante los siglos XVII y XIX, en la época victoriana, conductas sexuales como la masturbación eran consideradas inapropiadas y se culpaba de desordenes como la epilepsia. En este tiempo, cualquier acto sexual que no tuviera como fin la reproducción. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio se consideraba como “sexualidad anormal”, así como diferían las actitudes ante la sexualidad de acuerdo con la clase social a la que se pertenecía (Vera-Gamboa, 1998).

El pensamiento religioso daba gran importancia a la familia, pero no permitía olvidar que el sexo era una desafortunada necesidad.

Posteriormente, Sigmund Freud (1856-1939) demostró la trascendencia que la sexualidad tenía para los individuos. Desarrolló su teoría de la personalidad, cuyo tema central es el desarrollo sexual e introdujo el término “libido” como la energía de la que emanan todas las actividades de las personas. Freud escandalizó al afirmar que la mayoría de los miedos y fobias estaban relacionados con frustraciones sexuales.

Con él se inició el modernismo sexual, surgido en respuesta a las rígidas normas victorianas. Por la misma época publicó Havellock Ellis *Psychology of Sex* donde mencionaba que el deseo sexual era igual para hombres y mujeres, asimismo refutaba el concepto de que la masturbación ocasionara algún mal a salud (Vera-Gamboa, 1998).

Con Alfred Kinsey (1953) se inició el estudio sistemático de la sexualidad, investigando sobre el comportamiento sexual en el hombre y en la mujer .

Según definió Carrobles (1990), la función original de la sexualidad, desde una perspectiva etiológica, consiste en el mantenimiento de la especie a través de su adaptación al medio, y la reproducción es un mecanismo esencial, pues su éxito significa la transmisión del pool genético perfeccionado por selección natural y en constante evolución.

En la actualidad, consideramos la sexualidad como consecuencia de una compleja y cambiante interacción entre factores biológicos y socioemocionales altamente influenciados por la familia, la religión y los patrones culturales.

### **2.3 Marco Teórico Referencial**

- ❖ El concepto de salud reproductiva es relativamente reciente. Surge a partir del cuestionamiento de los programas de planificación familiar centrados en controlar la fecundidad y proveer anticonceptivos. (Carrión, 2006). Las diferencias biológicas entre las y los adolescentes se traducen en inequidades en diferentes ámbitos de la vida, y es la inclusión de la categoría de género y la mirada de la perspectiva de género en los estudios de población la que nos permite identificar cómo es que la diferencia cobra la dimensión de desigualdad. El concepto de género se utiliza para describir aquellas características en los hombres y las mujeres que han sido conformadas socialmente, en contraste con aquellas que están determinadas biológicamente; es decir, lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cierto género. Por lo que, no se puede ni se debe sustituir el concepto de sexo por género, o viceversa; son cuestiones distintas. El sexo se refiere a lo biológico, el género a lo construido socialmente, a lo simbólico. La variable sexo ha sido considerada siempre en los estudios demográficos pero como agregado numérico. En los últimos 30 años en los estudios de población se ha incorporado la perspectiva de género lo cual ha dado una riqueza analítica y potencialmente transformadora de las inequidades de género a estos estudios. (Gamba, 2008).

- ❖ La Dra. María Melisa Mora Rosado en la tesis RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LAS

PACIENTES PUÉRPERAS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN – ENERO 2015 , en Lima Perú, refiere que la educación sexual es muy importante en las puérperas, ya que el posparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas y biológicas muy peculiares, que lo hacen un período con requerimientos especiales en materia de salud y en particular, sobre anticoncepción; la cual es vital para lograr un adecuado espaciamiento de los embarazos, para poder evitar embarazos no deseados, poder elegir el intervalo entre su próxima gestación, además de cuidar su salud evitando el contagio de ITS.

- ❖ La Dra. Andrea Paola Villamizar Monrroy en el estudio de investigación SIGNIFICADO DE LA MATERNIDAD PARA LA MUJER ADOLESCENTE, realizado en la universidad nacional de Bogotá, Colombia indica que el embarazo en las mujeres adolescentes constituye una situación de interés en salud, educación y todos aquellos ámbitos que trabajan con la población en edad reproductiva, ella considera que una población adolescente con conocimientos de educación sexual tendrá la capacidad de tomar mejores decisiones y planificar el momento adecuado para tener un embarazo, lo que supone que por el conocimiento previamente adquirido, tendrá un mejor control prenatal y un mejor pronóstico para la salud materna e infantil. No se puede pretender dar respuesta desde el sector salud únicamente y subsanar una situación pasada y presente que amerita una serie de actitudes, formulación y ejecución de acciones desde temprana edad en pro del desarrollo integral de los jóvenes en edad reproductiva, teniendo así una población de puérperas con amplio conocimiento acerca de educación sexual.
- ❖ Según cifras del Ministerio de Salud (MINSA) en Panamá, la cifra de embarazos en la adolescencia entre las edades de 10 y 19 años ha ido en aumento., hasta abril del 2014, había 4,078 niñas embarazadas en el país, incluyendo las comarcas. En mayo, la estadística creció a 4,425 casos; un promedio de once casos nuevos al día. Los alarmantes números con relación al total de las 13,993 mujeres embarazadas que ingresaron a control prenatal de enero a mayo, y la cantidad de niñas y adolescentes entre las edades de 10 y 19 años en estado de gestación, nos obligan a actuar. La

proporción es de 31.6%; la más alta comparada con 2011, 2012 Y 2013. Resulta todavía más dramático, el hecho de que el 79.5% de las madres adolescentes no asisten a la escuela (Censo 2010). La situación de morbilidad vinculada a los problemas de salud sexual y salud reproductiva de las mujeres indígenas.

- ❖ En la equidad no es lo mismo que igualdad, paralelamente, no toda desigualdad se considera inequidad. La noción de inequidad adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OPS se reserva para las desigualdades que son "innecesarias, evitables e injustas". Así, mientras que la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos. (Salud O. P., 2007) La representación desproporcionada de las mujeres en los sectores pobres tiene sus raíces en dos pautas culturales. La primera es la preeminencia que le asigna la sociedad al papel reproductivo que desempeña la mujer, pauta que limita sus oportunidades de participar en el mercado laboral remunerado. La segunda pauta tal vez más importante, es la desvalorización social del trabajo "femenino" tanto en el hogar como en el mercado. (Gómez, 2002) En los estereotipos de género en torno a la sexualidad, la mujer se hizo especialmente para agradar al hombre: si el hombre debe agradar a su vez, es de una necesidad menos directa; su mérito está en su poder: agrada por el mero hecho de ser fuerte. Juan Jacobo Rousseau, parte quinta del Emilio Entonces, en un proceso complejo que ocurre en el tejido social y cultural de las sociedades, las diferencias biológicas se traducen en inequidades de género que después el imaginario colectivo los vuelve estereotipos que prevalecen y se van transformando con el tiempo y a su vez consolidan las inequidades.

### **Embarazos no planificados y comunicación familiar**

En la actualidad los jóvenes se enfrentan a un mundo globalizado. Los estilos de vida que llevan los envuelve en el estrés y la falta de comunicación con las personas incluyendo a la familia, lo que ocasiona que los adolescentes no tengan diálogo con los padres acerca de un tema o problemática (Cruz, 2011).

Al no tener una buena relación familiar los adolescentes con sus padres, cuando se presenta un problema en los jóvenes, no se toman las decisiones adecuadas. Los temas de sexualidad

que no se hablan en familia pueden traer como consecuencia embarazos no deseados (Cruz, 2011). Una de las causas de embarazos en las adolescentes es la carencia de afecto familiar así como problemas dentro de este grupo, de ello, surge la búsqueda de identidad propia, mostrando interés hacia lo prohibido deseando sentirse como adultos generando así riesgos para su salud (Cruz, 2011).

El embarazo de adolescentes es entonces un problema de salud pública y social con múltiples factores que vinculando los ámbitos médicos, socioculturales, psicológicos y económicos, presentándose cada vez con mayor frecuencia, afectando tanto a la persona, familia y sociedad (Cruz, 2011).

### **El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe**

La reproducción y el ejercicio de la sexualidad deben de ser actos planeados y deseados, al no ser así se dan condiciones como embarazos no deseados los cuales son aquellos que ocurren en un momento poco favorable e inapropiado (Langer, 2002).

La reproducción está influenciada por la cultura e ideología y en ocasiones difiere según el grupo social y el contexto, las mujeres tienen un papel en la sociedad, el cual está relacionado con la reproducción. No todas las personas pueden controlar su fecundidad, por ello, en la segunda mitad del siglo XX aparecieron y desarrollaron los métodos conceptivos modernos, permitiendo así llevar a la práctica las expectativas reproductivas deseadas (Langer, 2002).

Los métodos anticonceptivos modernos, son una herramienta idónea para que las personas puedan elegir el momento para la reproducción y lo relacionado con la planificación familiar. Actualmente, en las prácticas sexuales las mujeres no desean embarazarse, pero siguen expuestas al riesgo de quedar embarazadas (Langer, 2002).

En ocasiones, las mujeres que no planearon su embarazo, utilizaron métodos tradicionales como el método del rito o el coito interrumpido, demógrafos denominan a este grupo de población como aquellas personas con una necesidad no satisfecha de planificación familiar



o anticoncepción. Otras causas de las necesidades no satisfechas, es el temor sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos lo cual, se traduce a un desconocimiento sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos (Langer, 2002). Los embarazos no deseados se presentan como muestra, cuando existen relaciones sexuales que no son voluntarias siendo la violencia sexual e incluso la presión social para el inicio de la vida sexual muestra (Langer, 2002).

Embarazo en adolescentes: una mirada desde el cuidado de enfermería para la prevención de embarazos en adolescentes las intervenciones por parte de los profesionales deben de estar orientadas a; permitir que los adolescentes sean partícipes de la elaboración de políticas de salud sexual y reproductiva, generar acciones para que los adolescentes se apropien de sus derechos sexuales y reproductivos, brindar educación sexual a los adolescentes, identificar redes de apoyo para las madres jóvenes incluyendo a los padres o la familia como agentes primarios de formación y brindar asesoría de salud sexual que a su vez sea reforzada por la familia (Noguera & Alvarado, 2011).

La adolescencia está caracterizada como un periodo de cambios a nivel físico, psicológico y social que puede verse aún más afectado cuando se asume un embarazo. En algunos casos de embarazos no deseados en edades tempranas se dan consecuencias negativas tanto para la madre como para el hijo. Es necesario educar a los adolescentes y jóvenes para contribuir a la disminución de embarazos no deseados y evitar complicaciones (Noguera & Navarro, 2011).

### **Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en adolescentes y jóvenes**

El embarazo y la maternidad en jóvenes y adolescentes tienen una relación con los contextos en donde existe pobreza y exclusión social, en ellos, se da la falta de condiciones para que se ejerzan los derechos sexuales y reproductivos así como medidas de protección ante factores de riesgo para la salud (Gómez, Molina & Zamberlin, 2011).

La explotación sexual en jóvenes incluye prostitución, pornografía, trata de personas y turismo sexual, es una de las más serias violaciones a los derechos humanos y la dignidad de las personas, el tema es complejo y atraviesa por cuestiones legales, económicas y sociales ligados a condiciones de pobreza, tráfico de personas, desempleo, jóvenes en

situación de calle entre otras. En estos contextos las víctimas de explotación sexual no tienen la información precisa sobre la anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual y mucho menos el acceso a los servicios de salud. Las jóvenes quedan embarazadas y con ello, se dan altos riesgos de recurrir a métodos para abortar de manera insegura, pocas reciben la atención médica adecuada y existe el riesgo de haber complicaciones durante y después del embarazo (Gómez et. al., 2011).

## **LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL Y PANORAMA EN EL MUNDO**

Aspectos de la educación sexual de los jóvenes tanto en el continente europeo como americano. El análisis se aborda desde una perspectiva educativa sin olvidar otras dimensiones. El criterio que se ha tenido en cuenta para realizar la selección de los países de Europa y de América ha sido la cultura y el idioma.

Se describen a continuación los aspectos educativos y curriculares en relación con el tema objeto de estudio así como las políticas llevadas a cabo por los países elegidos

Trascendencia de la educación sexual La educación para una vida sexual más plena, libre de efectos no deseados, tales como embarazos de niñas adolescentes, menores que, si bien tienen la madurez biológica para concebir hijos, aún no han alcanzado su plena madurez como personas capaces de elegir y llevar adelante un proyecto de vida, así como la exposición a enfermedades de transmisión sexual (ETS), entre las que se cuenta el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH) como la más devastadora y que causa numerosas muertes en el mundo (25 millones desde 1981. OMS); esta educación constituye un desafío en todo el mundo y da lugar a controversias que adquieren carácter ideológico y connotaciones políticas que complejizan llegar a acuerdos entre las distintas posiciones en cada país.

La educación sexual, por su propia naturaleza, ha sido históricamente tema de debate en las diferentes épocas y en las distintas sociedades. Parece ser que una razón

profunda de tales controversias tiene que ver con la perpetuación de la especie, como resultado de la actividad sexual. También con la historia del patriarcado que ha concebido a la esposa como un objeto de propiedad del varón y la relación sexual como expresión de dominación del hombre sobre la mujer. El descubrimiento de la relación entre sexo y reproducción originó la subordinación forzosa de los intereses reproductivos femeninos a los masculinos. (Tort, M, 2007, p. 35). Se entronca así, esta función biológica, con los temas valóricos y religiosos.

La educación sexual en el currículum escolar La educación sexual a los adolescentes, como parte del currículum escolar, es una tarea asumida hace pocos años en los diferentes países. Tradicionalmente, se ha dado por establecido que este tipo de educación se debe dar en la familia, como parte de su responsabilidad natural. No obstante, los esfuerzos desarrollados por diferentes países en todas partes del mundo, no han dado los resultados esperados en términos de disminuir los embarazos a tempranas edades o las tasas de enfermedades de transmisión sexual entre los jóvenes. El conocimiento por sí solo no basta para cambiar conductas incorporadas en la cotidianeidad de la vida. Es así como aquellos programas de educación sexual que se basan, principalmente, en entregar información sobre la fisiología de los aparatos reproductores y los preceptos morales ligados a la función sexual, han fallado. En cambio, aquellos programas donde se ha puesto el foco en producir cambios conductuales usando estrategias metodológicas diversas, tales como: juegos de roles, dramatizaciones, ejercicios de apoyo al proceso de socialización y otras actividades en esta línea, han mostrado señales de efectividad

La historia de la educación sexual y su instalación en los diferentes países, es la historia de las fuerzas políticas, desde conservadoras a progresistas, que han tratado de frenar, prohibir, limitar la enseñanza de la sexualidad a través de los sistemas educativos formales, por un lado, y las tendencias progresistas que han pugnado por poner los conocimientos científicos producidos en este campo, a disposición de los jóvenes desde los primeros años de escolaridad, reconociendo que así se complementa la tarea de la familia en este aspecto de la vida humana. Se puede considerar que todas estas posiciones son legítimas y se

relacionan con el esfuerzo por construir un determinado modelo de sociedad, así, es posible señalar que lo sexual, en este sentido, no es neutro ni ajeno al quehacer mismo de la política. (Instituto Nacional de la Juventud. 2009,p.24).

El resultado de tales pugnas de tipo ideológico, ha conducido a la generación de programas de estudio diversos, heterogéneos, en cuanto a los contenidos teóricos y a los objetivos, todo ellos normados por diferentes instrumentos legales en cada país.(Navarro, I.1990,p.1)

Reseña histórica de la educación sexual en Europa. A continuación, se presenta una reseña de las tendencias y orientaciones de los programas de educación sexual en diferentes países.

### **Educación sexual en Suecia A nivel mundial**

Suecia es considerada como país pionero en introducir la educación sexual en las escuelas. En una escuela de niñas se realizó la primera conferencia sobre sexualidad, que fue organizada por la primera mujer médico del país en 1897. Pasaron algunos años, hasta que en 1905 el sindicato Sueco de 27 Profesores solicitó a las autoridades que la educación sexual se entregara en las escuelas. Los médicos estaban preocupados por las altas tasas de enfermedades de transmisión sexual (ETS) que verificaban año a año. Elise Ottensen Jensen funda la Asociación Sueca para la Educación Sexual (RFSU) en 1933 y, es una de las fundadoras de la Federación Internacional de la Paternidad Planificada (IPPF). Ella se refirió a la educación sexual como un elemento clave en un programa social y económico extensivo para la igualdad y la educación. Ella y la RFSU tuvieron una enorme influencia social, desde el mismo momento de su fundación, siendo protagonistas e impulsoras de la educación sexual en su país. La RFSU tuvo gran influencia incluso en otros países (U. López, citado en Navarro. Y. 1990, p. 2). Según Lindahl (1997, op.cit.), Presidenta de la RFSU, los tres puntos principales del programa son los siguientes: a) información gratuita sobre contraceptivos y acceso gratuito a ellos; b) legalización del aborto, sujeto a ciertas restricciones; c) educación de la sexualidad en las escuelas para alumnos de todas las edades, comenzando en primero de educación primaria (niños de 7 años). Estos han sido y siguen siendo los pilares básicos de la educación sexual en el mencionado país. Se ha agregado la aceptación de la homosexualidad como un elemento específico.

En Suecia se ha producido una evolución en la educación sexual a partir de 1956, diferentes normativas y manuales estatales han hecho obligatoria la educación sexual a la vez que sistemática a lo largo de los diferentes ciclos de enseñanza. Ha evolucionado desde un enfoque más moralizante a otro de mayor apertura, tolerancia y democrático, así como de una educación basada en los aspectos biológicos a una educación sexual basada en las relaciones sociales, sexuales, valores y actitudes. Luego, en 1957, en Suecia se publica el primer manual oficial de educación sexual. Un grupo de profesionales, en 1966, rechaza dicho manual por considerarlo moralizante y cargado de intencionalidad política y elaboran otro manual llamado 28 Sæmpell.

En él reivindican, entre otros aspectos, el derecho al placer y al conocimiento de técnicas anticonceptivas. Diez años después, en 1976, una comisión estatal hizo una evaluación de la educación sexual en el país y detectó una serie de vacíos en el modelo existente. El informe evaluativo confirmó que la educación sexual era demasiado biologicista y se destaca el ineludible papel que juegan en la sexualidad las emociones y la sociabilidad, considerándolas dimensiones fundamentales de la personalidad. A la vez, se enfatiza el derecho a una sexualidad vivida en un contexto de tolerancia y de valores éticos que permitan libertad de elección a las personas. Como producto de estas reflexiones. En 1977, se publica un nuevo manual que recoge las necesidades anteriormente enunciadas. Conforme a lo señalado por Elman (citado en Navarro, Y. 1990, p.3), los logros de la educación sexual en Suecia, según este mismo informe, parecen indudables: se ha logrado mejorar el nivel de información de toda la población, no ha aumentado el número de embarazos no deseados, al contrario de lo que ocurre en otros países occidentales, y han disminuido las enfermedades de transmisión sexual. El citado autor, también señala, que a pesar de contar con un manual de referencia, casi un tercio de los profesores señalan estar faltos de información y carentes de recursos para abordar la tarea en el aula, esta situación se repite en, prácticamente, todos los países. La investigadora que suscribe, opina que esta situación se produce, en los docentes, por inseguridades de su propia formación como personas maduras, en temas tan vitales para la vida humana como es la sexualidad.

## **Educación sexual en Francia**

El aborto es legal desde 1975; en el año 2001 se modificó la ley ampliando el plazo para llevarlo a cabo hasta las doce semanas y se autorizó la operación en 29 menores sin permiso paterno. También se facilitó el acceso a anticonceptivos y se implantó la educación sexual en los colegios, lo cual no ha evitado que Francia sea el segundo país europeo en número de abortos, tras Reino Unido([www.larazon.es/la-ley-Aido-fracasa-en Francia.2010](http://www.larazon.es/la-ley-Aido-fracasa-en-Francia.2010)). El estudio, titulado «Evaluación de las políticas de prevención de embarazos no deseados y de apoyo a las interrupciones voluntarias del embarazo», tiene una conclusión clara: «La difusión masiva de anticoncepción no ha disminuido el número de IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) que se mantienen en cifras de 200.000 al año». (Ley Veil. Wikipedia.org,1982).

Uso de anticonceptivos: El citado informe recuerda que Francia se caracteriza por una cobertura amplia de anticoncepción, con el 80 por ciento de los métodos dispensados bajo prescripción médica, «con una fuerte predominancia de la contracepción hormonal (píldora). Pero el nivel de fracasos anticonceptivos es preocupante: el 70 por ciento de los abortos fueron realizados a mujeres que tomaban anticonceptivos, y en el 42 por ciento de esos casos, la anticoncepción se basaba en un método médico teóricamente muy eficaz». Los autores del informe consideran que el 40 por ciento de las francesas se verán abocadas en algún momento de sus vidas a un aborto, y éste se convertirá en un «elemento estructural» de la vida de la mujer. Uno de cada tres embarazos en Francia es «imprevisto» y, de ellos, el 60 por ciento será interrumpido de forma voluntaria. Uso de la píldora del día después: En el 2001, se decidió facilitar el acceso a la píldora del día después, también, con el objetivo de reducir los abortos, «sobre todo en chicas jóvenes», como reconoce el estudio. Tampoco esta vía ha funcionado.

El recurso a esta «anticoncepción de emergencia» aumentó un 72 por ciento entre los años 2000 y 2005 y, sin embargo «el número de interrupciones practicadas continúa estable».(op.cit)

La educación sexual no ha producido los resultados esperados; es así como se informó que los contenidos sugeridos no se han tomado como una «obligación legal», y se aboga por introducirlos a edades más tempranas. Sin embargo, se reconoce que más que la enseñanza influyen otros factores, como las familias monoparentales, las dificultades económicas, el origen extranjero, etc. A nuestro juicio, esta arista no ha sido suficientemente investigada o no da cuenta de ello el citado Informe. Además, la objeción de los médicos para practicar el aborto se mantiene.

Algo que no ha cambiado en casi una década de ley del aborto en Francia es el rechazo de los profesionales sanitarios a esta práctica. Al igual que ocurre ahora en España, Francia quiso generalizar la interrupción del embarazo como una intervención más en los hospitales y centros de salud, pero se encontró con la negativa de la mayor parte de los médicos y de los enfermeros. Por ello ha tenido que fomentar el aborto «en casa», con la píldora llamada RU-486. El informe del Gobierno galo reconoce que «la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) sigue siendo poco atractiva para el personal sanitario».(Maceiras,L. et als. 1995).© Copyright 2012, La Razón C/ Josefa Valcárcel 42, 28027, Madrid. España).

### **Educación sexual en Italia**

Este país de larga tradición cristiana proyecta su influencia en el tema objeto de estudio. La iglesia al expresarse sobre el tema a través de sus representantes aporta su visión acerca del tema; el Papa Benedicto XVI señaló que la enseñanza de la educación sexual en algunos países europeos presenta “concepciones de la persona y de la vida presuntamente neutras, pero que en realidad reflejan una antropología contraria a la fe y a la recta razón”. (Discurso del Santo Padre Benedicto XVI ante 31 el Cuerpo Diplomático. Enero 2011). Pese a la fuerte oposición de la máxima autoridad de la Iglesia Católica, en la ciudad de Milán se acordó comenzar con programas de educación sexual obligatoria en la escuela primaria. Informaciones proporcionadas por las autoridades del hospital Fatebenefratelli de la ciudad citada, la edad de inicio de la vida sexual estaba disminuyendo drásticamente; si bien la edad media estaba alrededor de los 14 años, estaban ingresando al hospital niños de 12 y hasta 11 años que habían contraído ETS debido a la desinformación. Así, las autoridades establecieron, pese a la oposición de los padres, que desde los 9 años los niños

recibieran este tipo de educación. Para llevar adelante el programa en Milán se estableció la siguiente estrategia: primero los maestros de primaria recibirían la formación adecuada para el tratamiento en el aula. Junto a ello, se estudian sistemas interactivos para comunicarse con los adolescentes a través de teléfonos móviles e Internet, por la proximidad del grupo etéreo con estas tecnologías. Otra fase contempla la participación de connotados deportistas en una campaña denominada “Juega seguro”. La intencionalidad de ella es transmitir la seguridad en el sexo, sin necesariamente condenar su práctica. (Italia:educación sexual desde niños. Del Rosal, M. 2008, p.1). Considerando que Italia es un país católico, donde por asuntos morales prima la desinformación de los adolescentes respecto a la sexualidad, diversos sectores han planteado la necesidad de superar los tabúes y promover la seguridad sanitaria y la salud en este aspecto. Es así como el Secretario de Salud y la Asociación Nacional de Comités y Padres en la Escuela apoyan la medida, con reservas debido a la temprana edad en que los niños reciban información explícita sobre sexualidad. Sin embargo, se estima que ya se abrió un camino importante (op.cit)

### **Educación sexual en España**

El caso de España refleja las controversias que se producen en el seno de la sociedad cuando un sector político desde el poder trata de introducir cambios en la educación sexual. Hasta el curso escolar 2007-2008 la educación sexual podía incluirse dentro de los temas transversales de educación en valores, concretamente en el denominado «educación para la salud». Sin embargo, al tratarse de temas transversales no obligatorios, los centros educativos y los profesores tenían un amplio margen de decisión sobre los temas que debían abordarse en educación

para la salud. Así, por ejemplo, la mayor parte de los centros educativos han optado por enseñar a los niños y adolescentes hábitos de higiene, criterios de alimentación, costumbres sanas, etcétera. Las administraciones educativas y sanitarias han editado numerosos materiales didácticos sobre educación para la salud y a menudo han introducido (en el horario escolar) talleres de salud sexual sin informar a los padres ni de la realización ni de los contenidos. En algunos casos, estos materiales han incluido contenidos de educación sexual que claramente vulneraban la intimidad del alumno y los derechos fundamentales de los padres recogidos en el artículo 27 de la Constitución Española. Sin embargo, las cifras



de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos adolescentes aumentaban. Como un modo de introducir el tema en las escuelas, a partir de septiembre de 2007 el Área de Educación para la Ciudadanía (EpC) y los Derechos Humanos (que incluye una asignatura del mismo nombre para un curso de Primaria y otro de Secundaria, además de Educación ético-cívica de 4º de ESO y Filosofía y Ciudadanía de 1º de Bachillerato) introdujo la educación afectivo-sexual como 33 parte de materias: «la educación afectivo-emocional, las relaciones interpersonales, la homofobia, la orientación sexual, los sentimientos y emociones, la ternura, la crítica de normas y valores morales aprendidos».

( Velandia,M.A. 2001, pp.56-58)

Los libros de texto y los recursos didácticos del Área de Educación para la Ciudadanía resultan muy desiguales, aunque no faltan los que recomiendan páginas de contactos homosexuales y recomiendan practicarlo todo en cuanto a relaciones sexuales. Las razones que han impulsado a las autoridades españolas a introducir casi subrepticamente los temas de educación sexual en las escuelas, pueden tener que ver con diversos estudios realizados. Se puede citar: Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS) realizada por el Plan Nacional contra el SIDA. Ministerio de Sanidad. (2003). Se constata que hay adelantamiento en la edad de inicio de las relaciones sexuales a medida que disminuye la edad; tomando como edad de corte 16 años, en los hombres el 16,1% marca la primera relación, en tanto en las mujeres es el 8,1%. Se está constatando que los menores de 16 años ya están iniciando su vida sexual activa.(Velandia, M.A.2011,p.28). Si se mira a la población, en general, el 80,0% de la población tiene su primera relación sexual entre 15 y 23 años; el 10,0% inicia sus relaciones con 15 años o menos; otro 10,0% con 23 años o más.

Aparecen otros datos, marginales por el momento, a los que se debe poner atención: el 3,9% de los hombres y el 2,7% de las mujeres, señala haber tenido relaciones con alguien del mismo sexo. Se ha reportado que el 75% del embarazo adolescente se genera en niñas de 14 entre 15 y 21 años. (Velandia, 2011.p.28 ).

También, se da como dato que “uno de cada 10 adolescentes menores de 20 años “sufre” un embarazo no deseado, siendo la proporción de abortos sobre embarazo de un 45,0% en el año 2001”, lo que supone un problema médico y social en España. (Velandia. 2011.p.28).

Se concluye que la tendencia al inicio temprano de las relaciones sexuales, indica la necesidad de empezar en la enseñanza primaria con educación para la salud sexual. Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009). Esta encuesta señala que el 40,0% de hombres y mujeres no han utilizado ninguna protección para prevenir embarazo en las primeras relaciones. (Velandia, M.A. 2011, p.33 En España, desde 1985, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es legal. El 44,0% de las adolescentes lo practica y el 31,0% de las mujeres entre 20 y 24 años. España aprobó la “Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva” el día 2 de Marzo de 2010. Dicho texto recoge los avances en materia de reconocimiento de los derechos de la mujer a decidir en qué momento de su vida se siente en condiciones de optar por la maternidad, en un marco de libertad garantizado legalmente.

También, establece un marco legal para la interrupción voluntaria del embarazo, en los casos en que la concepción sea producto de una violación, en que se ponga en riesgo la vida de la madre o en que el feto presente graves deficiencias orgánicas que sean incompatibles con la vida. El Estado se compromete a facilitar todas las atenciones profesionales requeridas para la interrupción del embarazo. 35 La Ley contempla también disposiciones referidas a la educación sexual. La Ley parte del supuesto de que una educación sexual adecuada, la mejora del acceso a métodos anticonceptivos y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos. (eurActiva.com). Desde el anterior supuesto, el proyecto normativo incorpora a su articulado (Título I, capítulo III, artículos 9 y 10), una serie de medidas que se adoptarán en el ámbito educativo y que se proponen incorporar la formación sexual y reproductiva al sistema educativo desde un enfoque integral que tendrá como objetivos: 1. “La promoción de la igualdad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales. 2. El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual. 3. El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con la personalidad de los jóvenes. 4. La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH. 5. La prevención de embarazos no planificados. (Ley Orgánica de salud Sexual y Reproductiva.2010) Finalmente, el capítulo educativo de la norma legislativa indica que: “Los poderes públicos apoyarán a la

comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.

La educación sexual antes de la Ley: Hasta el momento de la aprobación de la Ley, las escuelas impartían educación sexual a través de las asignaturas de Educación para la Ciudadanía, a pesar de que este contenido no se encontraba en el currículo oficial de manera explícita. Había capítulos enteros que hablaban de sexualidad y sexo seguro; se enseñaba a usar correctamente el preservativo y otros asuntos relacionados con la sexualidad. (2009).

Después de la Ley: A partir de la aprobación de la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, el Ministerio de Sanidad está elaborando una normativa legal que obligará a los Centros Educativos, sin excepción, a impartir educación sexual a todos sus alumnos

## **ESTUDIO DE LA SEXUALIDAD HUMANA**

Cuando es la sexualidad humana el objeto de estudio, debemos tener en cuenta varias premisas. Una de ellas, es sin duda, su factor multifactorial indiscutible. El estudio de la sexualidad, y sobre todo durante el embarazo y postparto no se puede reducir a un estudio biológico, es decir físico. Tampoco podemos pensar que cualquier dificultad en su desarrollo, tiene un origen psicológico. En sexualidad humana se entremezclan factores, físicos, hormonales y fisiológicos que no debemos descuidar. Pero, también, tiene una gran influencia por factores socio-culturales, que formaran una experiencia individual que afectará a toda la esfera psicológica de la persona. Aunque no es posible extenderse en su estudio, en el caso que nos ocupa, debemos tener en cuenta la evolución de las teorías sobre sexualidad humana. El conocimiento aportado en los últimos años da una visión mucho más global de la sexualidad humana, y más concreto en el caso de la sexualidad femenina. Hay, también, una dificultad añadida para el estudio de la sexualidad, que es la variedad y variabilidad del léxico que se emplea para describirla y definirla. A menudo se presentan estudios cuantitativos que engloban en su terminología un sinnúmero de variables. Por ejemplo,

interés sexual, deseo sexual, satisfacción sexual, etc. A veces es difícil saber a qué realidades pertenecen estos vocablos. La mayoría de estudios de la sexualidad durante el embarazo, lo hacen desde la perspectiva de la disfunción, y pocas lo hacen desde una disposición hacia el placer, la feminidad, y la experiencia erótica del embarazo, incluso del parto.

## LA IMPORTANCIA DE UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

En el ámbito de la sexualidad y la afectividad parece que no tenemos tan claro intervenir, en lograr que los niños aprendan a ser personas sexuadas, a vivir su afectividad y su sexualidad con conocimiento de los temas, pudiendo expresar con éxito su identidad y su orientación sexual, en igualdad, de manera positiva, madura y responsable.

Junto a conceptos como la fisiología y la prevención, bien conocidos por nosotros, y presentes en todos los manuales de Salud del Adolescente, hay otros, como la identidad, la orientación, la disforia de género que nos son más ajenos.

Es importante favorecer la autoestima, la expresión de la afectividad, el conocimiento del propio cuerpo, de cómo funciona en el aspecto sexual, de cómo se siente cada uno en relación con su género y su orientación sexual. Sin estereotipos y con igualdad en relación a la identidad y la orientación, aprendiendo a reconocer situaciones de riesgo y a resolverlas con responsabilidad y éxito.

Por otra parte, la persistencia de problemas, como: el embarazo (en adolescentes), las ITS, las conductas homofobias o de violencia “asociadas a la relación de pareja”, preocupan a toda la sociedad y suceden frecuentemente en edades tempranas.

Muchos pediatras ya trabajan estos temas. Casi todos los Programas de Atención al Niño de las diversas comunidades autónomas contemplan, según las edades, contenidos en sexualidad. Pero, también, la mayoría, se limitan a la fisiología y reproducción y riesgos (ITS y embarazo). Y muchos pediatras hacemos hincapié en estos temas con nuestros pacientes; si bien, en un tiempo reducido y en presencia de los padres.

Muchos de los especialistas en Educación Sexual en la infancia y adolescencia, recomiendan realizar intervenciones desde el grupo de iguales de manera coherente y constante en el tiempo y con una programación que permita acompañar a los niños y adolescentes en su camino hacia la madurez y la edad adulta.

Por tanto, una intervención durante la consulta del Programa de Atención al Niño es importante y necesaria; pero el entorno, la obligada brevedad de la misma, los otros temas que, también, se abordan, la presencia de los padres, no consigue del todo ser suficiente en relación a la sexualidad, e intervenciones en charlas o talleres aislados, impartidos ocasionalmente en colegios e institutos, tampoco logran esa coherencia y constancia necesarias.

Si aceptamos las recomendaciones de los especialistas en educación sexual, desde el inicio de la infancia pueden tratarse temas (diferencia entre sexos, embarazo, nacimiento) de forma integrada en las vivencias familiares; y en los niños mayores y adolescentes, junto con los conocimientos en relación con la fisiología (funcionamiento de su propio cuerpo en sexualidad, menstruación, eyaculación, relación sexual, embarazo, parto, anticoncepción, ITS), deben plantearse otros temas, cómo: mejorar el auto concepto y la autoestima, la expresión de emociones, el apego, la capacidad de relación, la identidad y la orientación sexual, el aprendizaje en la toma de decisiones con conocimiento y responsabilidad, y en las relaciones afectivas saludables y en igualdad. Hacerlo, por tanto, de forma integral.

Desde los dos años, los niños perciben diferencias entre un sexo y otro. En la primera infancia, el lugar más adecuado para entender estas diferencias es el entorno familiar. Estimular a los padres a que aborden estos temas y proporcionarles la capacidad de hacerlo de forma sencilla y progresiva, sería lo adecuado para ir avanzando en esta educación.

En edad escolar y adolescencia, la intervención entre el grupo de iguales realizada en el colegio o instituto es efectiva si se hace de forma mantenida en el tiempo y programada con contenidos que abarquen todos los aspectos físicos y afectivos de las relaciones interpersonales ya mencionados, de manera coherente y progresiva, por medio de una programación. Y en estas edades, es importante que la intervención sea en formato taller,

intercalando contenidos expositivos con interactivos para lograr la participación activa de los niños y adolescentes, así como la consulta de dudas por parte de ellos.

Pero, conforme nos acercamos a la pubertad, más dificultades tienen los padres para hablar a sus hijos de muchos temas, incluido el de la sexualidad. Los adolescentes, salvo excepciones, se muestran reticentes a hablar en casa y muchos padres no saben por dónde empezar o seguir, si es que habían hablado con ellos de sexualidad antes. Así, aunque sigamos apoyando a los padres desde la consulta, no siempre obtendremos resultados. En este grupo de edad, prefieren hablar entre ellos y recurrir a fuentes en las TIC, no siempre fiables ni adecuadas.

Por tanto, en niños mayores y adolescentes, en qué entorno los encontramos reunidos: en el colegio o instituto. El profesorado, en los centros educativos, es un recurso importante para trabajar estos temas, pero se presentan varios inconvenientes: los alumnos los ven como profesores en materias obligatorias, con exámenes a realizar, los profesores están realmente sobrecargados de temas adyacentes a las materias que cada centro lleva como líneas educativas y, al igual que planteábamos con los pediatras, también hay muchos profesores que no se sienten cómodos con el tema...

Desde nuestra experiencia en educación afectivo-sexual a lo largo de dieciocho años, proponemos que lo ideal es conseguir una colaboración estructurada entre los profesores de los centros educativos y los pediatras y enfermeros de Atención Primaria y extra hospitalaria. Trabajar poniéndose de acuerdo en el abordaje conjunto de los temas ya comentados, distribuyéndose la intervención en los mismos y hacerlo de forma constante, coherente progresiva y prolongada en el tiempo.

Proponemos, por tanto, al igual que la mayoría de expertos, una intervención en materia de educación y salud sexual que, iniciándose desde la consulta diaria en la primera infancia y alentando a los padres en esas edades, salga luego al entorno social del niño mayor y adolescente e intervenga entre su grupo de iguales de forma más directa, coherente, programada, progresiva y constante, con el objetivo de acompañar al niño en su maduración hasta la edad adulta, favoreciendo el aprendizaje integral que le permita vivir su sexualidad en igualdad, con responsabilidad y éxito y de manera positiva.

- ❖ La Dra. Giselle Carino, directora regional de International Planned Parenthood Federation (IPPF), la organización más grande del mundo que trabaja con temas de planificación familiar, educación y salud sexual y reproductiva en su artículo La educación sexual es efectiva explica que se ha comprobado que la educación sexual es determinante a la hora de combatir la violencia, el aborto ilegal y las enfermedades de transmisión sexual. Aunque el ministro de Salud de Colombia aseguró que el índice de embarazo en adolescentes habría disminuido en ese país, América Latina sigue siendo la región donde más se presenta esta problemática en el mundo. Estos retos de salud sexual se discutieron durante la I Conferencia de América Latina y del Caribe, (LAC) que finalizó en Cartagena.
- ❖ Según Giselle Carino Hay que luchar con información. Tenemos los modelos y la evidencia a nivel mundial es contundente y nos soporta. En la región, sabemos que la educación integral en sexualidad, que tiene perspectiva de género, es cuatro veces más efectiva en combatir la violencia, el VIH. Si queremos combatir la violencia contra las mujeres, sabemos que la base es una educación sexual que permita a las personas desafiar esos patrones de género que son esas visiones de la masculinidad nocivas y muchas veces el origen de la violencia. Hay que combatirlo con una discusión abierta, democrática y madura.

Los adolescentes son centrales para nosotros. No solamente son el 35 % de nuestros usuarios y usuarias a nivel mundial, sino también son parte de nuestros cuerpos de decisión. Con ellos hay que comunicarse usando lo que usan para comunicarse, eso es muy útil. Además de la exploración de apps telefónicas y usar los medios de comunicación. Lo importante es llegar a donde ellos estén. Hay algunas experiencias en la región que están dando resultados muy positivos, sobre todo para dar información.

Tenemos una experiencia interesante en México con escuelas públicas de bachillerato donde llevamos los servicios a los propios colegios. Ha sido fundamental encontrarlos en donde están y abordar los problemas que enfrentan, que no son sólo de salud sexual y reproductiva, sino también, de alcoholismo, drogas, problemáticas en los contextos familiar y escolar. Y el trabajo con padres y maestros ha sido fundamental también porque en la mayoría de contextos son ellos los referentes sobre sexualidad más cercanos.

Hay que dejar claro que las personas son sujetos de derechos y por lo tanto ellas y sólo ellas pueden tomar decisiones sobre su vida sexual y reproductiva. Hay que crear las condiciones, ofrecer la información para que las personas puedan tomar decisiones informadas sobre su vida. Por eso creo, fuertemente, en la educación integral en sexualidad que permita basarse en la evidencia y desmoronar esos mitos que sabemos que existen y esas nociones machistas de la sexualidad.

Hay 23 millones de mujeres en la región latinoamericana y del Caribe que quieren planificar y no tienen cómo. Hay que trabajar esta brecha. Para nosotros es fundamental que las mujeres puedan escoger, que todo el paquete de métodos esté disponible para ellas de manera regular, en los centros públicos y privados. En algunos países es un desafío con la anticoncepción de emergencia y con los métodos de largo plazo.

Tenemos programas de atención a hombres, porque ellos tienen sus propias necesidades sexuales y reproductivas. También, vemos cada vez más en nuestro servicio que las mujeres vienen acompañadas por sus parejas y nos parece importante crear formas de involucrarlos. Cuando los hombres están involucrados es un momento importante no sólo para la toma de decisiones, sino también, para la implementación de las decisiones de las mujeres.

En Colombia, se han hecho grandes avances con respecto al aborto legal y seguro, también, en la anticoncepción, aunque todavía queda mucho por hacer. Habría que trabajar en reformar algunas de las condiciones estructurales.

La alianza fundamental es entre el Gobierno y la sociedad civil, que puede, no solamente puede colaborar en la provisión misma de servicios, en cerrar las brechas de anticoncepción, de embarazo adolescente, sino también, puede ejercer un papel de rendición de cuentas, de asegurar que la plata está, preguntar cómo se utiliza y hacer auditorías sociales.

❖ La Dra. Maria Benilde Corser médico ginecólogo, de la Universidad Central de Venezuela, con especialización en Ultrasonido por el Instituto Venezolano de Ultrasonido en Medicina. Escribió en septiembre 2017, Las mujeres y la importancia de la educación sexual en donde afirma que durante la transición en la pubertad y los



cambios típicos del desarrollo, se inicia la capacidad reproductiva de la mujer con la primera menstruación (menarquia) y que en el caso de nuestro país, ocurre en promedio a los 12 años. Por lo tanto, antes de ese momento la mujer ya debe tener información básica que le permita conocer mejor su cuerpo, su funcionamiento y entender que esos cambios ocurren en lo externo, pero también, a lo interno, y que el inicio de la sexualidad viene acompañado de la posibilidad de embarazarse.

Quedar embarazada durante la adolescencia puede alterar en gran medida las perspectivas de vida de las mujeres jóvenes y las de sus hijos. Las complicaciones del embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las mujeres de 15 a 19 años, y los bebés nacidos de madres adolescentes enfrentan mayores riesgos para la salud que los nacidos de mujeres mayores.

Además, el embarazo adolescente está asociado con menor nivel de educación, y puede perpetuar un ciclo de pobreza de una generación a la siguiente. Por lo tanto, ayudar a las mujeres jóvenes a evitar embarazos no deseados puede tener beneficios de gran alcance para ellas, sus hijos y la sociedad en general. Miles de adolescentes quedan embarazados todos los años porque no usan anticonceptivos o los usan incorrectamente.

Así, la herramienta más poderosa para evitar un embarazo no planificado, sobre todo en adolescentes, es la información y educación sexual que permite buscar orientación adecuada y por lo tanto, tomar decisiones acertadas en anticoncepción.

Un estudio realizado en Perú con investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el Guttmacher Instituto de USA, en 61 escuelas secundarias, demostró que la implementación actual de esta temática no cubre las necesidades de los y las adolescentes. Los temas relacionados con la anticoncepción y el embarazo no planeado, tales como dónde obtener anticonceptivos y cómo usarlos, se encuentran entre las áreas menos cubiertas en las clases de educación sexual.

En ese sentido, miles de adolescentes quedan embarazadas todos los años porque no usan anticonceptivos o los usan incorrectamente. Además, existen otros motivos relacionados a

creencias, mitos y temores en lo concerniente a sexualidad, en donde podemos mencionar las siguientes:

Creer que no quedarán embarazadas en la primera relación sexual No obstante, entre el 2010 y 2015 se observa que el uso de métodos anticonceptivos en el Perú de mujeres entre 15 a 19 años aumentó de 44.6% a 51.6%. Sin embargo, el embarazo adolescente en el mismo período creció a 13.6%, en los sectores rurales subió al doble y es seis veces más alto en niveles educativos secundarios que superiores.

De tal modo, es muy importante que la información sobre educación sexual pueda llegar a todos nuestros adolescentes, y les permita tomar mejores decisiones en temas de anticoncepción en beneficio de ellas, sus hijos y la sociedad en general.

❖ **El periódico france diplomatie tiene un artículo de salud sexual, reproductiva, materna, neonatal e infantil en el cual indica que** la salud sexual y reproductiva es un derecho humano esencial para el desarrollo sostenible y equitativo. Muchas barreras económicas y sociales impiden que las personas accedan a los servicios sanitarios de sexualidad y reproducción. Todavía hoy, las enfermedades transmisibles, sexualmente, son el segundo factor de riesgo de enfermedad o muerte en los países en desarrollo más pobres.

La mayoría se pueden prevenir con métodos sencillos y eficaces: acceso a los anticonceptivos, educación sexual, mejora de la situación de la mujer. La muerte prematura relacionada con la salud sexual y reproductiva afecta a muchas adolescentes. El bienestar general de la mujer, tanto físico como mental y social, implica en primer lugar que se garantice la igualdad y equidad entre géneros, el respeto mutuo y la integridad corporal. Para lograrlo, la educación de la sexualidad tiene que formar parte del sistema escolar.

La prevención es el eje principal de la acción de los servicios sanitarios en el área sexual y reproductiva. La capacidad de una mujer para prevenir, espaciar y limitar los embarazos gracias a la utilización de métodos anticonceptivos tiene un impacto directo en su salud. Todas las mujeres, incluidas las adolescentes, deben poder

acceder a los servicios de planificación familiar, los anticonceptivos, el aborto en buenas condiciones, la información y asistencia en materia de sexualidad.

En el marco del partenariado de Uagadugú, Francia sostiene programas de salud sexual y reproductiva en 9 países del África francófona: Benín, Burkina Faso, Costa de Marfil, Guinea, Malí, Mauritania, Níger, Senegal, Togo (100 millones de euros en el periodo 2011-2015).

#### Participación multilateral

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres (ONU Mujeres) son los principales operadores de los programas financiados por Francia a través del Fondo de Solidaridad Prioritaria (FSP), con 6 millones de euros al año (2011-2015). El objetivo de los programas es: desarrollar campañas de defensa de la planificación familiar y la prevención de abortos de riesgo; lograr que el material y los suministros anticonceptivos estén disponibles y sean accesibles desde el punto de vista financiero; incrementar la oferta de servicios de planificación familiar en los centros para los jóvenes; incluir el tratamiento del VIH en los servicios de sanidad reproductiva.

La Agencia Francesa de Desarrollo (AFD), operador del Ministerio de Asuntos Exteriores y Desarrollo Internacional, pone a disposición diversos modos de ayuda para la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, parte de la subvención de 10 millones de euros asignada a República de Benín para mejorar la sanidad materna e infantil, se destina a mejorar los servicios de planificación familiar, principalmente con destino a los adolescentes.

#### La salud de la madre y del niño

En la cumbre del G8 de junio de 2010, en Muskoka, Francia se comprometió a incrementar en 500 M€ su contribución a la lucha contra la mortalidad materna e infantil para el periodo 2011 - 2015.

Los compromisos multilaterales adicionales franceses se elevan a 52 M€ al año. Financian un proyecto conjunto con cuatro agencias de las Naciones Unidas, un proyecto específico vinculado a la red AgaKhanDevelopment Network y contribuciones adicionales a la lucha contra las pandemias.

El proyecto conjunto de las cuatro agencias de las Naciones Unidas se eleva a 19 M€ al año y está administrado por la OMS (Organización Mundial de la Salud), el FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas), la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), y ONU Mujeres (entidad de las Naciones Unidas para la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres). Estas cuatro agencias desarrollan sus programas en un marco común de actividades coordinadas y armonizadas, cuyos objetivos son: espaciamiento de los nacimientos y prevención de embarazos no deseados, seguimiento de embarazos, nacimientos y post partum, asistencia integrada de enfermedades infantiles, vacunaciones, nutrición madre-hijo.

El proyecto específico realizado junto a AgaKhanDevelopment Network (AKDN) para acciones en pro de la salud de la mujer y del niño en regiones transfronterizas de Afganistán, Pakistán y Tadjikistán se eleva a 0,5 M€ al año para el periodo 2012-2015.

La Alianza para la Salud de la Madre, del Recién Nacido y del Niño fue presentada en Nueva York el 12 de septiembre y supuso un nuevo y enérgico impulso en pro de la reducción de la mortalidad materna e infantil en todo el mundo. La Alianza se ha formado a partir de tres grupos existentes: la Alianza para una maternidad sin riesgo y la salud del recién nacido, la Alianza para la salud del recién nacido y la Alianza para la supervivencia infantil.

Los asociados fundadores aspiran a trabajar juntos para armonizar e intensificar las labores encaminadas a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 y 5, es decir, reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes y la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015.

❖ **Según la revista cubana de pediatría Rev Cubana Pediatr v.72 n.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2000** El embarazo a cualquier edad constituye un hecho biosicosocial muy importante, pero durante la adolescencia conduce a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo, por lo que constituye un problema que no debe ser considerado solamente en términos del presente, sino también del futuro por las complicaciones que genera.

La gestación irrumpe en la vida de los jóvenes en momentos en que todavía no alcanzan su madurez física y mental, y en un medio familiar poco receptivo para aceptarlo y protegerlo.<sup>1,2</sup> Este suceso se conoce comúnmente como procreación entre niños.<sup>3</sup> Quince millones de mujeres adolescentes dan a luz cada año para corresponderles una quinta parte de todos los nacimientos del mundo.<sup>4</sup> La mayoría de estos nacimientos ocurren en países subdesarrollados, por ejemplo en Latinoamérica la cifra está en el orden de los 48 millones, con el 8 % de partos anuales.<sup>4,5</sup> La embarazada adolescente no es sólo un problema cuantitativo, también tiene una dimensión cualitativa; la gestación es más vulnerable a menor cercanía de la menarquía. Las afecciones maternas, perinatales, y del recién nacido son más frecuentes en las mujeres menores de 20 años.

En Cuba el 8 % de la población adolescente da a luz cada año y el riesgo de tener hijos con peso al nacimiento inferior a los 2 500 g es 1,6 veces mayor para las madres menores de 18 años.<sup>6-8</sup> Esto nos motivó a estudiar en nuestra área de salud a la madre adolescente y su hijo.

La literatura médica revisada plantea que los riesgos maternos y neonatales se incrementan cuando la mujer ha tenido múltiples embarazos antes de llegar a los 20 años y se expone que entre el 73 y el 93 % de las gestantes adolescentes son primigestas.

En el área de salud que estudiamos sólo el 62,9 % de las adolescentes son primigestas, es decir, que en nuestro medio el tanto por ciento de abortos se encuentra incrementado en este grupo, pues de las 24 (30,8 %) que tenían embarazos anteriores, 6 eran madres adolescentes por segunda ocasión, condición que evidencia aún más la gravedad actual del embarazo precoz y el incremento de sus cifras.

Escolaridad, al coincidir con los trabajos revisados es mucho más bajo en las adolescentes, donde la deserción escolar tiene un papel primordial. El 10,3 % de las 78 adolescentes de nuestro estudio tiene un nivel primario. Si sumamos el bajo nivel de escolaridad, la inmadurez propia de la adolescencia desde el punto de vista psicológico y el elevado porcentaje de madres solteras, el 20,5 %, resultado altamente significativo representado por  $p < 0,001$ , y el 82,1 % de amas de casa la situación y las expectativas del problema son cada vez más desfavorables para la vida futura de la madre y el hijo.

Estudios realizados expresan los mismos criterios.

En comparación con la madre adulta el 95,4 % entre acompañadas y casadas, tienen una unión estable; así como el 54,6 % que son trabajadoras. Sólo 8 adolescentes, el 10,3 % eran estudiantes antes del parto, si se toma en cuenta que, después de éste a la mayoría les resulta imposible proseguir su instrucción, entonces la problemática será más desalentadora.

Durante el período del parto precoz, los problemas más frecuentes son las alteraciones en la presentación y en la posición del feto, que se han relacionado con un desarrollo incompleto de la pelvis materna, y según Elster y Belitzky esto determina una incapacidad del canal del parto para permitir el paso del feto; estas distocias provocan aumento de los partos operatorios e instrumentados. El 28 % de nuestras adolescentes tuvieron partos instrumentados, en las adultas.

Las complicaciones inmediatas del recién nacido estuvieron presentes en el (15,4 %) de las adolescentes estudiadas, lo cual se corresponde con la literatura médica revisada ante sólo el 1,9 % en las mayores de 19 años.

El peso del recién nacido se comportó de igual forma que la literatura que revisamos al respecto, con resultados muy significativos en el bajo peso y peso riesgo de los neonatos de madres adolescentes con el 10,3 y 24,4 % respectivamente.

Los resultados publicados en la revista cubana fueron

- Predominan las madres solteras en el grupo adolescente.
- Existe significativa representación de las amas de casa en las menores de 20 años.
- Se observó inferior grado de escolaridad en las gestantes adolescentes.
- Aportaron mayor número de recién nacidos con bajo peso las madres adolescentes.
- Las complicaciones inmediatas del recién nacido se observaron en mayor cuantía en los embarazos precoces.
- Los partos distócicos fueron más frecuentes en las adolescentes.
- Existió mayor incidencia de la prematuridad en madres adolescentes.
- Las complicaciones más frecuentes en orden decreciente fueron: los traumas obstétricos, las enfermedades respiratorias y las malformaciones congénitas.

❖ **Conocimientos de las puérperas sobre auto cuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria, realizado por M. Ángeles Ponce Capitán Matrona. Unidad de hospitalización posparto. Hospital Universitario «Virgen de Valme». Sevilla**

El puerperio adquiere especial relevancia, ya que, después del parto, comienza una etapa vital crítica para la mujer, a la que ésta necesita adaptarse de forma progresiva y saludable. Los cuidados de la matrona, en este proceso de cambios, son de tal importancia que permitirán que la mujer consiga una buena adaptación y, por tanto, favorecerán la salud y el bienestar propio y de su entorno. Se observa que en el ingreso hospitalario existe una falta de información sobre: aspectos de auto cuidado y cuidado familiar durante el puerperio, la lactancia materna y, la planificación familiar.

Cuando se analiza la situación de la educación para la salud que se imparte a la puérpera en el hospital tras el parto, se observa que no todas las mujeres son informadas y se concluye que la enfermería debe articular mecanismos para favorecer que todas las puérperas se vayan de alta recibiendo información sobre los cuidados básicos en el puerperio. Los estudios relacionados con el grado de satisfacción de la madre respecto al parto hospitalario público obtienen como resultados que dicho nivel puede mejorarse, entre otras cosas, incrementando la información sanitaria a la madre en relación con el cuidado del niño y aspectos del puerperio. Igualmente, se ha estudiado la satisfacción de la mujer sobre la atención proporcionada por la matrona durante el parto y puerperio inmediato, y se concluye que es conveniente reforzar la cantidad y calidad de información

Facilitada a la mujer y su acompañante, la participación de la usuaria en la toma de decisiones y la ayuda en el inicio precoz de la lactancia materna.

De igual forma, cuando se estudian las preocupaciones de las puérperas en el momento de volver a casa se concluye que la información dada en la psicoprofilaxis obstétrica debe ser ampliada y reforzada en el puerperio, para una mejor adaptación de la mujer a su rol de madre. Hay autores que entienden la necesidad de una educación materno-paterna y un cambio de actitud de los profesionales sanitarios para una mejor adaptación familiar. En este sentido, aunque no existen experiencias al respecto, hay propuestas de un programa de educación sanitaria aplicada al puerperio precoz, con el objetivo de conseguir reforzar, tanto en la mujer como en su pareja, los conocimientos tratados en la educación maternal previa al parto, para que sean capaces de obtener una mayor independencia en la unidad familiar al llegar al domicilio.

Entre los beneficios de la educación sanitaria en el posparto, se encuentra el hecho de que una adecuada educación sanitaria influye en la decisión y continuación de la lactancia materna. Para continuar favoreciendo la lactancia materna y ayudar a que las mujeres no tengan tantos problemas en su comienzo, se debe continuar la educación iniciada en atención primaria en el hospital, incorporando las recomendaciones internacionales en el inicio de la lactancia



Los hospitales que cuentan con un programa de apoyo a la lactancia en el puerperio precoz comprueban una disminución del abandono precoz de ésta, así como un incremento en su duración. La atención al posparto es importante y necesaria, en cuanto a que, en este periodo, acontecen los más graves cambios psicológicos de adaptación en la mujer, siendo la matrona la profesional cualificada para observar, identificar y comprender dichos cambios, para que se produzcan con normalidad y para que se establezca una adecuada relación emocional con el hijo.

En el Servicio Andaluz de Salud se ofrece a la mujer y su pareja, durante la gestación, el programa de Educación Maternal en Atención Primaria, donde se proporcionan conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio. Durante el periodo de hospitalización para el parto, la pareja recibe información no estandarizada y a demanda de distintos profesionales. No está descrita una uniformidad de criterios en los contenidos que se transmiten, ni éstos tienen continuidad con los del programa de Educación Maternal. Tras el alta, la mujer puede reanudar su contacto con el sistema sanitario a través de la visita puerperal en los 15 primeros días del nacimiento y los distintos programas de salud de atención primaria (Niño Sano, Planificación Familiar). Como está diseñado el circuito asistencial actual, la formación a la mujer y su pareja se interrumpe después del parto, de forma que, en un periodo de crisis vital, la pareja se enfrenta a sus dudas y preocupaciones sin el apoyo continuado de los profesionales. En el domicilio, pueden surgir complicaciones (amamantamiento ineficaz, ansiedad, tristeza puerperal.) de difícil solución si la pareja no cuenta con el asesoramiento necesario. En resumen, en el periodo posparto no está garantizada la continuidad de cuidados, a pesar de que, como se ha visto, existe evidencia comprobada de que una atención continuada proporcionaría numerosas ventajas para los padres, el recién nacido (RN) y la unidad familiar.

En virtud de la situación descrita, sería conveniente el estudio y mejora de la atención en el puerperio hospitalario. Algunos autores sostienen que el conocimiento de las características de las puérperas y de cómo perciben la atención recibida servirá para mejorar la oferta y la calidad de los servicios de enfermería. Para otros, la realización de una valoración integral e individualizada de las necesidades de la puérpera es un elemento básico y decisivo para realizar posteriormente una adecuada atención de enfermería.

El objetivo general es conocer cuál es el grado de conocimientos de las puérperas sobre sus auto cuidados y los cuidados del RN en el momento del alta de la unidad de posparto del Hospital Universitario «Virgen de Valme» de Sevilla.

Como objetivos específicos se plantean: Conocer si la puérpera cree necesaria la educación sanitaria antes del alta.

Conocer si existe relación entre los conocimientos que manifiesta, la paridad y la realización de educación maternal. MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, en la Unidad de Puérperas del Hospital Universitario «Virgen de Valme» de Sevilla, durante los meses de diciembre de 2003 a febrero de 2004, considerando en todo momento los principios éticos de la Declaración de Helsinki. La población de estudio se compone de mujeres que estuvieron ingresadas en la unidad de posparto y que cumplían los siguientes criterios de inclusión: Parto vaginal sin complicaciones, Recién nacido normal, Alta hospitalaria a las 48 horas. Como criterio de exclusión se contempló que la mujer no fuese capaz de cumplimentar el cuestionario. Se seleccionó una muestra de 50 mujeres mediante muestreo no probabilístico. Se incluyeron consecutivamente a todas las puérperas que cumplían los criterios de inclusión establecidos y que acudieron al hospital los días impares, hasta completar el tamaño muestral establecido. Las variables principales del estudio han sido los conocimientos de las puérperas en auto cuidados y cuidados del RN englobados en dos bloques: – Conocimientos relacionados con la mujer: cuidados de episiotomía, loquios, signos de alerta, sexualidad, anticoncepción, revisión ginecológica, alimentación en la lactancia, ejercicios de recuperación, cuidados de las mamas y cambios emocionales. – Conocimientos relacionados con el RN: lactancia, cuidados del cordón, baño, revisiones médicas y signos de alarma. Otras variables: – Educación maternal (sí, no), apoyo de la pareja, preocupaciones sobre los autocuidados y cuidados del recién nacido. – Características socio demográficas de las mujeres: edad, número de hijos, nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios/EGB, estudios medios y estudios universitarios), localidad de residencia, ayuda familiar (pareja, madre, otros, ninguna), dónde vivirá los primeros días (su domicilio, casa de sus padres, otros).

Hay autores que señalan, como resultados de su investigación, que las madres primíparas refieren mayor necesidad de información y conceden más importancia a un mayor número de aspectos que las madres con experiencia. Las diferencias de conocimientos entre las mujeres que sólo tienen un hijo y las que tienen más de uno se atribuyen al hecho de la paridad en el caso del cuidado de la episiotomía y, en el apartado del recién nacido, en el conocimiento de las revisiones que precisan y los signos que hay que vigilar para acudir al pediatra. Debe mencionarse que el cuestionario del estudio recoge conocimientos percibidos, no evalúa, por tanto, los conocimientos reales que tienen. Sería conveniente, no obstante, contrastar los conocimientos sentidos con los que debería tener la mujer para realizar unos buenos autocuidados, sobre todo, porque el desconocimiento en las puérperas en aspectos como los que se han detectado en el estudio puede afectar gravemente la salud de la mujer, produciéndole complicaciones como las infecciones puerperales, al desconocer los signos que debe vigilar en esta etapa, y consecuencias para el futuro como son las alteraciones del suelo pélvico, si no conoce cuáles son los ejercicios indicados en la recuperación posparto.

Respecto a la cumplimentación del cuestionario, la alta tasa de mujeres que no respondieron en las preguntas abiertas y lo poco explícitas de éstas, tanto en sus autocuidados como en los cuidados del recién nacido, podría atribuirse a la falta de formación en estos temas, que hace que desconozcan otras áreas de conocimientos en las que podrían estar interesadas. Como conclusiones más importantes destacan la necesidad de dar continuidad a la educación maternal en el puerperio precoz y la importancia del papel de la matrona durante esta etapa, continuando su labor después del parto. Hay autores que coinciden en destacar la importante implicación de la matrona en el apoyo profesional que necesitan las puérperas y la necesidad de asegurar la accesibilidad de estas madres a los cuidados continuados que la matrona puede ofrecerles. Los cuidados posparto deberían incluir la valoración de conocimientos y necesidades, para enseñar a la madre el autocuidado y los cuidados que debe brindar al recién nacido, mientras está aún en el hospital y cuando lleguen a casa.

Sería necesario llevar a cabo educación sanitaria sobre cuidados en el puerperio y del recién nacido de manera protocolizada en el hospital, para lo que podría organizarse un taller de

cuidados el día del alta. Esto permitiría, en el futuro, diseñar una investigación de tipo experimental, que estudie los resultados de salud entre dos grupos de puérperas, uno que haya recibido información protocolizada al alta y otro que siga el método actual. Después del periodo de hospitalización, la mujer tendrá oportunidad de contactar nuevamente con su matrona en el centro de salud. Con el taller de cuidados al alta se pretendería garantizar la continuidad de cuidados, sobre todo los primeros días del posparto, que son días clave para la aparición y resolución de problemas de gran trascendencia, como el abandono de la lactancia materna, la tristeza puerperal, etc. Con nuestro apoyo y disponibilidad se podría contribuir a conseguir objetivos tan importantes para la salud del recién nacido y la madre como el mantenimiento de la lactancia materna, reduciendo así el número de fracasos y abandonos en los primeros días por una falta de información. Esta actividad serviría, por tanto, de nexo con la atención primaria de salud, daría continuidad al sistema asistencial y elevaría con ello la calidad de cuidados en el proceso asistencial de embarazo, parto y puerperio en Andalucía.

❖ **Según el programa presupuestal salud materno neonatal de Perú la situación de mortalidad fetal y neonatal tiene que ver con la educación sexual con la que cuentan las puérperas.**

Con respecto a Salud materno, la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales.

En países subdesarrollados como el nuestro, la mortalidad materna es 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afecta, principalmente, a las mujeres pobres, y más vulnerables. Estos índices de mortalidad demuestran la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres. Asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas. A principio de los años 80, se comenzó a prestar atención a la situación de morbilidad y mortalidad materna en los países de menor desarrollo. La Conferencia de Nairobi en 1987 produjo la primera movilización mundial a favor de una

maternidad segura. La estrategia adoptada incluyó 15 acciones, de las cuales sólo las cuatro últimas estuvieron vinculadas a salud. En su documento preliminar, el Banco Mundial recomendó acciones que se traducen en cuatro objetivos estratégicos a los que les otorgan la misma importancia: - Dar atención universal a los niños y adolescentes y poner a disposición servicios de planificación familiar. - Ofrecer atención prenatal de calidad, identificando factores de riesgo. - Asegurar la atención de los partos y del recién nacido por personal calificado. - Fortalecer los servicios de atención obstétrica básica. Hay tres elementos que hacen especial a la mortalidad materna: su magnitud, su naturaleza epidemiológica, sus requerimientos programáticos. - Su magnitud: la Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que cada año, en el mundo, fallecen 585 000 mujeres debido a complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Una de las características cruciales de la muerte materna en cada embarazo, y este es un riesgo que la acompaña durante buena parte de su vida. - Su naturaleza epidemiológica: hay similitud en las hemorragias, infecciones e hipertensión inducida por el embarazo; causan que provocan la mortalidad materna tanto en países desarrollados como en países en desarrollo. La diferencia radica en que países desarrollados los establecimientos están preparados para dar respuesta oportuna y adecuada a estas emergencias. - Sus requerimientos programáticos: los requerimientos programáticos constituyen elementos importantes para la reducción de la mortalidad materna. Así, una mujer que no está embarazada no puede morir por causa materna, de tal manera que facilitar el acceso a la planificación familiar puede contribuir a reducir las muertes maternas evitando los embarazos no deseados. De otro lado, son también importantes las acciones destinadas a prevenir o a manejar adecuadamente las complicaciones que pueden derivar de los embarazos. Con respecto a la salud neonatal, podemos decir que ésta ha sido postergada durante mucho tiempo. Es necesario tener en consideración que la atención que se dedique a un problema de salud guarda relación con el status social, del grupo afectado. En muchos lugares con elevada mortalidad materna, fetal y 3 neonatal, el status de la mujer es bajo, y el del recién nacido es aún menor que el de la mujer y los niños de mayor edad. No obstante, la mortalidad infantil se ha reducido a nivel mundial, la mortalidad neonatal y fetal, particularmente en países en desarrollo, permanecen casi inalterables. Así tenemos que cada minuto en algún lugar del mundo ocho niños mueren en el primer mes de vida, ocho en la primera semana y ocho nacen muertos;

de los cuales el 99% pertenecen a países del tercer mundo. La reducción de la mortalidad infantil ha permitido visualizar la mortalidad neonatal, sin embargo, las intervenciones aún priorizan solo el periodo post neonatal (ej. reducción de diarreas y problemas respiratorios). Estas intervenciones no deben decaer, pero hay que enfatizar otras que permitan resolver los principales problemas neonatales como la asfixia, las infecciones y los síndromes de dificultad respiratoria. Uno de los principales problemas para conocer la real magnitud de la mortalidad neonatal, para ir y priorizar el problema, y decidir intervenciones, es la falta de datos y mala calidad de los que están disponibles. Para reducir los niveles de mortalidad infantil y materna, se requiere contar con servicios de salud de calidad, donde los equipos de profesionales trabajen por la mejora continua de las inversiones de salud para así cubrir las necesidades médicas de las mujeres y niños usuarios. En este sentido, es necesario definir un conjunto de intervenciones que demanden de consenso, de políticas nacionales, y estrategias que incorporen de manera decidida a la comunidad y a otros sectores, además del sector Salud.

**Situación de mortalidad materna** La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF estiman que cerca de 585,000 mujeres mueren cada año debido a complicaciones en el embarazo o parto. La disparidad que existe entre los países en desarrollo y los desarrollados es mayor en cuanto a la mortalidad materna, en contraste a cualquier otro índice de salud utilizado comúnmente. Mientras que los niveles de mortalidad infantil en los países en desarrollo son, en promedio, 10 veces mayores a los de en los países desarrollados, la mortalidad materna es, a su vez, 100 veces más alta.

La primera causa de muerte y de discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial son las complicaciones relacionadas con el embarazo. Estas representan una pérdida equivalente a más del doble de años de vida ajustados en función a la discapacidad (AVAD) que las que son ocasionadas por enfermedades transmisibles, SIDA o tuberculosis. En el caso de los varones, no existe ninguna causa de muerte que se acerque en magnitud a la de la mortalidad y morbilidad materna. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, en 1996 la mortalidad materna fue de 265 casos por cada 100 mil nacidos vivos. Para entonces, el Perú se ubicaba en el tercer lugar, justo después de Haití y Bolivia, y su razón de muerte materna era 1,5 veces más alta que el promedio de América Latina

En el 2000, la mortalidad materna fue del orden de 185 casos por cada 100 mil nacidos vivos; lo que representa aproximadamente 1258 muertes anuales. Esta causa de mortalidad materna está considerada según los estándares internacionales como muy alta, según reportes de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud para el año 2012, la proporción de muertes maternas notificadas en adolescentes (12 a 17 años) es 9.6%. En el 2012 las causas de muerte directas, registradas por el Ministerio de Salud fueron: Hemorragias (40.2%), Trastornos hipertensivos embarazo, parto y puerperio (32%), Aborto (17.5%) e Infecciones relacionada al embarazo (4.1%). El problema de la mortalidad materna y perinatal se hace bastante complejo en países subdesarrollados, que se caracterizan por presentar: Altos índice de pobreza y analfabetismo, Bajo estatus de la mujer Barreras culturales, Malnutrición, Vías de comunicación en mal estado. Inaccesibilidad geográfica, Sistemas de salud con problemas en su organización y con escasa capacidad de atención, Incipiente involucramiento de la familia y comunidad en el cuidado de la gestante y el recién nacido. Planificación familiar, es una de las estrategias que permiten disminuir tanto la mortalidad materna como la fetal y neonatal en la medida que evitan embarazos no deseados, y reducen el porcentaje de abortos en condiciones de riesgo.

En la última década, la tasa global de fecundidad (TGF) de Perú ha disminuido de 3,5 nacimientos por mujer a principios de la década del 90 a 2.6 en el año 2012, para el año 2014 es de 2.5 nacimientos por mujer. En cuanto a la demanda de atenciones de PF, el Perú presentó un crecimiento entre 1992 al 2012, el uso de anticonceptivos (todos los métodos,) aumentó al 75.5 % (mujeres en unión). La prevalencia de métodos modernos, entre las mujeres unidas en edad fértil (MUEF) de 41.3% en 1992 a 51.8% en el 2012, (3 de cada 4 mujeres unidas usan algún método anticonceptivo). El año 2014, la ENDES (P), reporta 52.2% La demanda insatisfecha de planificación familiar de 10.2 en el 2000 (ENDES 2000) a 6.1 en el 2011 (ENDES 2011). Ha disminuido poco en los últimos años, sin embargo para el 2014 se incrementó a 8.6%. Aunque, en general, la demanda insatisfecha o necesidad no satisfecha métodos anticonceptivos y el uso correcto de los mismos, subsisten brechas en la población rural y la población del quintil más pobre. 4 Este valor corresponde a los 10 años previos a la encuesta, es decir al periodo 1990-2000

La muerte neonatal es el resultado de una serie de eventos que se suceden en la interacción entre el comportamiento de los hogares, los entornos que rodean a los hogares, los sistemas de salud disponibles. La tasa de mortalidad perinatal en el Perú, según ENDES 20005, era de 23.1 por 1000 nacidos vivos, lo cual significa que por cada muerte materna ocurrían 12 muertes perinatales.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES 2000, 2007, 2009, 2010 y 2011. Muestra la tendencia de la mortalidad neonatal de 5 y 10 años anteriores a la encuesta la misma que pasa de 18 el 2000 a 8 por mil nacidos vivos el 2011 y de 23 a 10 por mil nacidos vivos respectivamente, para el 2014 se mantiene en 10 por mil nacidos vivos; estos datos evidencian la reducción de la mortalidad neonatal en los últimos 11 años, esta disminución ha sido importante tanto en las áreas urbanas, como en las rurales.

La notable caída en el área rural explica la reducción de la brecha existente entre ambas áreas de residencia. Sin embargo, aún alrededor de 4, 500 recién nacidos mueren durante el primer mes de vida y el riesgo de morir en el primer mes de vida es el doble en las áreas rurales que en las urbanas, así mismo entre los recién nacidos con madres no tenían educación frente a las que cuentan con educación superior y entre los niños que nacieron en la sierra y en la selva, frente a los que nacieron en Lima metropolitana. Las principales causas de la mortalidad neonatal son la asfixia, la prematuridad y las infecciones.

**SEXUALIDAD EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO** Centrándonos en la mujer, una de las etapas más importantes de su vida será durante el embarazo y etapa posterior, el puerperio. Durante ambos se producen una serie de cambios que repercutirán en su vida y por lo tanto en su sexualidad. Tanto el embarazo como el puerperio son etapas en la que aparecen conflictos personales y de pareja porque emergen sentimientos y emociones nuevas tras la espera y llegada de un nuevo miembro a la familia. Durante las últimas décadas, la investigación sobre diferentes aspectos de la sexualidad de la mujer se ha centrado principalmente en algunos comportamientos sexuales específicos (como la actividad coital) o los cambios durante la respuesta, prestando menos atención a los aspectos cognitivos y las experiencias subjetivas relacionadas con la propia actividad



sexual (Carrobles, Gámez-Guadix y Almendros, 2011). La satisfacción sexual constituye un componente subjetivo y psicológico fundamental en la experiencia sexual de la mujer, cuya naturaleza y relación con otros aspectos ha sido muy poco estudiada (Bridges, Lease y Ellison, 2004).

### 5.1. CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO Y EL PUERPERIO

Como ya hemos apuntado la sexualidad constituye una función básica del ser humano que implica factores fisiológicos, emocionales y cognitivos, y que guarda una estrecha relación con el estado de salud y con la calidad de vida del individuo. Numerosos son los estudios y trabajos que investigan y describen los cambios físicos del embarazo y puerperio, y que afectan en mayor o menor medida a la mujer. Por ello hemos considerado necesario hacer alusión a algunos de ellos para poder comprender como éstos repercuten en su vida sexual (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

#### Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio

##### 5.1.1. Cambios físicos durante el embarazo: Podemos encontrar numerosas alteraciones en el sistema cardiovascular. Debido a la dificultad del retorno venoso y aumento de la presión venosa en piernas y pelvis menor por la compresión del útero gestante aparecen varices en vulva y miembros inferiores, edemas en los pies y hemorroides. Se produce un aumento de la volemia en un 35-40% causando hemodilución y anemia fisiológica del embarazo, lo que unido a la vasodilatación que se produce provocarán mareos y lipotimias (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007). Fisiológicamente, el corazón sufre un desplazamiento hacia la izquierda, hacia delante y se horizontaliza por aumento del tamaño del útero. En la recta final del embarazo precisamente por el crecimiento del útero se suele producir hipotensión postural por compresión de la vena cava al adoptar la mujer posición en decúbito supino o decúbito lateral derecho. Todo ello provocará un aumento del gasto cardíaco<sup>4</sup> para poder satisfacer las necesidades de oxígeno del útero crecido y del feto, aumento del riego sanguíneo cutáneo provocando sensación de acaloramiento, piel húmeda y congestión nasal, aumento de la frecuencia cardíaca e incremento de los factores de coagulación (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007). Aparecen alteraciones cutáneas. Es común la presencia de cloasma, melasma o máscara del embarazo así como la línea de alba debido a la pigmentación de la piel por estimulación de los melanocitos. Pueden aparecer estrías cutáneas por rotura de las fibras de colágeno de la piel relacionadas con el aumento del volumen y del peso y dependiendo de la elasticidad de la piel de la mujer. Puede experimentar un aumento en la caída del cabello, que volverá a la

normalidad una vez se normalice tras el parto. 4 Se denomina gasto cardiaco a la cantidad de sangre que bombea el corazón desde el ventrículo a la aorta en un minuto. En reposo, en un adulto sano, el gasto cardiaco normal será de 4-6l/min. Durante el embarazo aumentará entre un 30%-50%. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio 16 Aparecen también alteraciones digestivas como las gingivitis, comunes en los embarazos debido a la inflamación de las encías así como un aumento de la producción de saliva (ptialismo), del apetito y la sed y se alterará el metabolismo de los carbohidratos y lípidos (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007). Debido a los cambios metabólicos, al principio del embarazo existirá tendencia a la hipoglucemia, mientras que en la segunda mitad del embarazo hay tendencia a la hiperglucemia . La posible aparición de épulis, es debida al aumento de estrógenos fundamentalmente, al déficit de folatos y presencia de HCG en la saliva. El aumento de la progesterona se relaciona con la relajación de la musculatura intestinal, que unido a la disminución del peristaltismo se produce un estreñimiento (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007). Puede aparecer reflujo gastroesofágico que provocará pirosis, dando sensación de ardor retro esternal. Suele aparecer en el tercer trimestre debido a la presión del útero sobre el estómago y a la disminución del tono del esfínter esofágico inferior. Muy común es la aparición de náuseas y vómitos de etiología variada normalmente por la mañana y durante el primer trimestre (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007). Entre las alteraciones musculoesqueléticas pueden aparecer lumbalgias y molestias pélvicas por el aumento progresivo de la lordosis debido a la modificación del centro de gravedad conforme el útero aumenta su tamaño. Con respecto al aparato urinario, los riñones aumentan su tamaño y se produce una dilatación pelvico-ureteral con el consiguiente aumento del volumen renal. En los primeros meses, se retrasa la eliminación urinaria, lo que produce aumento de la orina residual y favorece la aparición de infecciones urinarias. El aumento del flujo plasmático renal y el filtrado glomerular provocarán una eliminación urinaria con una 5 Puede aparecer diabetes gestacional en la mujer por lo que a partir de las semanas 24-28 se realiza cribado de diagnóstico a través del Test de O 'Sullivan. Una vez terminado el embarazo suele desaparecer la diabetes. 6 El épulis del embarazo o épulis gravidarum consiste en un crecimiento de tejido gingival benigno localizado en la encía. Aparece, mayormente, en el primer trimestre de la gestación y suele desaparecer al disminuir el estímulo hormonal que lo provoca. Si no es así, debe ser eliminado a través de

cirugía. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio 17 mayor proporción de sustancias como la urea y la creatinina, y por lo tanto, disminuirá su concentración en plasma sanguíneo. Al final del embarazo, debido a la compresión del útero sobre la vejiga, disminuye su capacidad provocando polaquiuria (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007). Conforme aumenta el volumen del útero se produce una protusión de las costillas inferiores y elevación del diafragma unos 4cm que provocará alteraciones en el aparato respiratorio a partir del tercer trimestre, pudiendo provocar en algunas mujeres disnea (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

5.1.2. Cambios físicos durante el puerperio: Durante el puerperio la mayor parte de los cambios corporales que se producen durante el embarazo continúan presentes. A todos ellos además se añaden las pérdidas sanguíneas durante el parto y el postparto que provocan o agravan la anemia, el dolor sacrolumbar, la exacerbación de hemorroides y varices vulvares, etc. (Martín de María, 2002). Continúan los cambios hormonales. La disminución de estrógenos contribuye a la aparición de la “tristeza puerperal”, también es responsable del adelgazamiento de las paredes vaginales y de la disminución de lubricación genital (Martín de María, 2002). El aumento de prolactina se relaciona directamente con la disminución de testosterona siendo éste a su vez responsable del deseo sexual. El incremento de oxitocina debido a la succión del recién nacido durante la lactancia puede proporcionar una excitación sexual. Esta sensación puede desconcertar a la mujer y crearle sentimientos de culpa o vergüenza (Martín de María, 2002). Los cambios en los genitales, sobre todo tras un parto vaginal con episiotomía o desgarro, suelen crear miedo al dolor ante la reanudación de la relaciones coitales. En estos casos el suelo pélvico sufre una disminución del tono muscular que puede derivar a corto o largo plazo en problemas de incontinencia urinaria (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007).

Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio 18 Durante la lactancia, las mamas son quienes proporcionan el sustento al recién nacido, asociándose únicamente como el “envase” del alimento del recién nacido, por lo que pueden perder su contenido erótico para uno o ambos miembros de la pareja. Estos pensamientos pueden angustiar al creer que pierden definitivamente su erotismo. Todos estos sentimientos y cambios, unidos al cansancio y la fatiga condicionan el estado anímico de la mujer (Martín de María, 2002).

5.1.3. Cambios psicológicos y emocionales: Desde el punto de vista psicológico, la gestación supone un importante cambio en la vida de la mujer, y se deben

emplear todos los recursos posibles para que la madre pueda enfrentarse a los cambios del embarazo y del nacimiento, y elabore estrategias para llevar a cabo el cuidado del recién nacido. Sin embargo, aún son escasos los estudios que profundizan en el área psicológica y en los aspectos que repercuten directamente en su estado de ánimo y en su salud (Martín de María, 2002). De los estudios encontrados, el estudio del estado psicoemocional de la mujer se realiza en exclusiva en el puerperio, obviando dichos síntomas durante el propio embarazo (Cabero, Saldívar y Cabrillo, 2007). Parece razonable pensar que el bienestar psicológico y subjetivo así como emocional de la mujer, sobre todo en esta época de su vida, puede estar relacionado con el funcionamiento y con la salud sexual (Levin, 2007). Un factor que puede estar presente ya desde el primer trimestre, y por supuesto, destacado durante el proceso de parto, es el miedo al dolor y posteriormente el dolor durante el trabajo de parto. Diferentes investigaciones han resaltado la importancia de las estrategias de afrontamiento, siendo más eficaces en aquellos sujetos caracterizados como "no catastrofistas". El que los individuos tengan alternativa para elegir diferentes estrategias, puede influir en la atenuación de la respuesta de dolor (Molero, 2006). Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio 19 Este miedo continuará presente en el momento de la reanudación de las relaciones coitales, y con él también el miedo a una nueva gestación. Esto crea ansiedad no solo en la mujer sino en la pareja (Molero, 2006). Entre los factores que se relacionan con una mayor tolerancia al dolor se encuentran la edad, el nivel educativo de la mujer y las experiencias previas de partos anteriores. Situaciones tales como el estrés, la ansiedad, la depresión o el tipo de personalidad pueden modificar los umbrales de tolerancia al dolor (Marín, Bullones, Carmona, Carretero, Moreno y Peñacoba, 2008). La tristeza puerperal aparece como consecuencia de los cambios hormonales, corporales y familiares que se producen en estos momentos. Estas emociones importantes pueden manifestarse en lo que algunos autores denominan "síndrome de melancolía" que aparece hacia el tercer día de puerperio y entre sus causas, a parte de las anteriormente nombradas, están el cansancio general, decaimiento psicológico después de una euforia inicial, las molestias debidas al dolor, la adaptación a los ritmos de sueño y vigilia del recién nacido, la ansiedad que puede causar la escasa destreza en la atención del neonato, etc. También, se ha podido constatar que es más frecuente en primíparas (Arteaga y Serrano, 2003). Esta "melancolía" no suele durar, y

debe distinguirse de la depresión postparto propiamente dicha. En este último caso, suelen existir antecedentes en el periodo prenatal, y es más probable que ocurra en mujeres que expresan grados altos de ansiedad y depresión durante la gestación. Los estudios apuntan hacia la existencia de trastornos afectivos durante el embarazo y el periodo puerperal que reflejan una vulnerabilidad psicológica latente. Esta exacerbación que podría deberse a factores hormonales o a los efectos de estresores tanto físicos como psíquicos en relación con el proceso reproductivo (Donat, 2001). Es común la aparición de sentimientos de inseguridad, producidos por la responsabilidad de la maternidad, ya que el recién nacido depende casi exclusivamente de sus cuidados, de la lactancia y le resulta un desconocido al que tiene que adaptarse y empezar a conocer. La mujer siente la necesidad de compartir esta responsabilidad. Estudio de la actividad sexual de la mujer durante el embarazo y puerperio 20 Aparece un pensamiento único, centrado en el bienestar del bebé, que repercute directamente en las relaciones afectivas, sobre todo en las de pareja. Muchas veces será necesario un aumento de las demostraciones afectivas que afiance la seguridad de la misma. Todos estos cambios, sobre todo corporales, unido a la falta de tiempo para sí misma pueden provocar una disminución de la autoestima. Se siente poco atractiva y le ocasiona malestar (Donat, 2001)

## **2.4 Marco Conceptual**

### ❖ Educación sexual

Ha sido difícil y objeto de muchas discusiones. La educación sexual, incluye ética, moral, fisiología, ciencia política, economía y todos aquellos procesos relacionados con el entrenamiento del individuo para comprenderse a sí mismo como ser sexual y desarrollar buenas relaciones con otros individuos; refiriéndose a las ciencias sociales. La instrucción sexual es estrictamente científica y objetiva, se refiere a anatomía y biología de la reproducción incluyendo claro esta formación de familia y métodos anticonceptivos. La experiencia que hay sobre la educación sexual en otros países como por ej. Rusia parece ser difícil o imposible de enseñar en las escuelas; Dada la dificultad de integrar la instrucción sexual con la educación sexual muchos educadores consideran que es preferible efectuar y promover en el hogar familiar responsable que desarrollen la participación, discusión con los padres y los hijos sobre educación sexual. Promover conductas y brindar la información necesaria de acuerdo a las edades y situación de convivencia social familiar, sería la elección recomendada. Sugieren los educadores e investigadores respecto a la educación Sugieren los educadores e investigadores respecto a la educación sexual debe aprenderse en el hogar los padres deben dar ejemplos de Amor verdadero, respeto mutuo y ayuda entre padre y madre; deben aprender que este es el aspecto más importante de la educación sexual. Luego pasaría la responsabilidad del estado, y los educadores para llevar a la práctica como enseñar la educación sexual apoyando en la conserjería los profesionales de la salud.

❖ Embarazos: también conocido como estado de gravidez es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminada a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto.

❖ Feto: es un vertebrado vivíparo en desarrollo, el cual transcurre desde el momento en que se ha completado la etapa embrionaria hasta antes de que se produzca el nacimiento, convirtiéndose en un neonato. Durante la vida fetal no se forman órganos o tejidos nuevos, sino que se produce la maduración de los ya existentes. En el ser humano el cambio de embrión a feto se produce aproximadamente luego de ocho semanas de embarazo.

### ❖ **Puérperas**

Se considera puérpera a la mujer que se encuentra en el periodo posterior al alumbramiento, durante el cual sus órganos y sistemas retornan al estado previo a la gestación, la cual tiene una duración de 45 días a seis semanas, posterior al evento obstétrico.

### ❖ **Neonatos**

Recién nacido desde el momento del parto hasta sus primeros 29 días de vida. Este período es importante porque representa una etapa muy corta de la vida; sin embargo, en ella suceden cambios muy lentos que pueden derivar en consecuencias importantes para el resto de la vida del recién nacido.

### ❖ **Prematuro:**

Un nacimiento prematuro es cuando un bebé nace antes de completar 37 semanas de embarazo. Un embarazo a término es de 40 semanas. Un crecimiento y desarrollo importante del bebé ocurre durante el embarazo, sobre todo en los últimos meses y semanas. Debido a que nacen muy pronto, los prematuros pesan mucho menos que los bebés que completaron su gestación. Pueden tener problemas de salud ya que sus órganos no tuvieron el tiempo suficiente para desarrollarse. Algunos bebés prematuros pueden tener: Problemas respiratorios, dificultades para alimentarse, parálisis cerebral, Atraso del desarrollo, Problemas de la visión, Problemas de audición.

### ❖ **sífilis congénita:**

Es una infección severa, incapacitante y con frecuencia potencialmente mortal que se observa en los bebés. Una mujer embarazada que tenga sífilis puede pasarle la enfermedad al feto a través de la placenta.

Es causada por la bacteria *Treponema pallidum*, la cual se transmite de la madre al niño durante el desarrollo fetal o al nacer. Casi la mitad de todos los niños infectados con sífilis mientras están en el útero muere poco antes o después del nacimiento.

A pesar del hecho de que esta enfermedad puede curarse con antibióticos si se detecta de manera temprana, las crecientes tasas de sífilis entre mujeres embarazadas en los han aumentado recientemente la cantidad de bebés nacidos con sífilis congénita.

#### ❖ **Parálisis cerebral**

Es un trastorno del movimiento, el tono muscular o la postura que se debe al daño ocurrido al cerebro inmaduro y en desarrollo, con mayor frecuencia, antes del nacimiento. Los signos y síntomas aparecen durante el primer año de vida o los años de preescolar.

#### ❖ **Control prenatal**

El control prenatal se define como todas las acciones y procedimientos, sistemáticos o periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que pueden condicionar la Morbilidad y Mortalidad materna y perinatal.

#### ❖ **Métodos anticonceptivos**

Los métodos anticonceptivos son definidos por la Norma Oficial Mexicana de los servicios de la planificación familiar (NOM 005SSA, 1993) como aquellos que se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes. Entre los anticonceptivos temporales se encuentran los siguientes.

- Hormonales orales que se dividen en dos grupos, los combinados de estrógenos y progestina y los que solo contienen progestina.
- Hormonales inyectables, son métodos temporales de larga duración y se dividen en dos grupos, los combinados de estrógenos y progestina y los que solo contienen progestina.



- Hormonales subdérmicos, es un método temporal de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética y no contiene estrógeno.
- Dispositivo intrauterino, son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter hormonal.
- De barrera y espermicidas son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

### ❖ **Salud Sexual Y Reproductiva**

Cuando hablamos de Salud Sexual y Salud Reproductiva decimos que es algo que trasciende lo biológico y se adentran en el campo de la antropología, sociología, la psicología, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas. De ahí que inicialmente la salud ha cambiado su significado ha ido adquiriendo nuevas connotaciones como Planificación Familiar; Salud Reproductiva; Salud Sexual y hoy dicen Procreación Responsable; etc. Hoy día se define la salud reproductiva como los derechos sexuales y reproductivos que expresan el derecho que tienen las parejas a disfrutar de una sexualidad pro creativa, plena, segura, y libres del temor a un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad, a reproducirse y regular su fecundidad, y a que el embarazo, parto y puerperio transcurran en forma segura y sin complicaciones con resultados positivos en términos de supervivencia y bienestar para los padres y sus hijos. Pero no siempre las mujeres ejercemos ese derecho a decidir por nuestra salud sexual y reproductiva. Existen factores culturales y de género que impiden a la mujer adoptar decisiones en cuanto al sexo, planificación familiar, uso de métodos anticonceptivos y prevenir enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Según La OMS, “La salud reproductiva es la ausencia de enfermedades en el proceso reproductivo en el marco de un estado de bienestar físico, mental y social”. “La OMS centra su concepto en dos pilares; El respeto a los derechos de la familia a decidir el N° de hijos que quieren tener, cuándo y cómo; y el deber del Estado de proveerles servicios de bienestar, buena calidad antes durante y después del proceso reproductivo”. Para la OMS la “Salud Sexual es como la integración de de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexuado por medios que sean positivamente enriquecedores que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

## ❖ **SALUD SEXUAL**

La OMS., define a la salud sexual, como “La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexuado, por medios que sean potencialmente enriquecedora que potencian la personalidad, la comunicación y el amor. Los derechos sexuales y reproductivos están profundamente relacionados con el desarrollo cultural y de género de un pueblo. Para esta investigación se utilizará el concepto de conductas de salud sexual y reproductiva a las definiciones mencionadas anteriormente y se interrogará a las mujeres multíparas sobre si conocen los métodos anticonceptivos y adoptan estas conductas de auto cuidado en su vida o hay una cuestión cultural y de género que les impide tomar la decisión de cuidarse en su salud sexual y reproductiva. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, subrayaron la importancia de atender las necesidades de las mujeres en lo referente a la Salud reproductiva y la Planificación Familiar. En Córdoba en Noviembre de 2003, El Segundo Congreso Argentino de Administración Pública. Sociedad y Gobierno resuelve allí reformular las Políticas y Programas de Salud Sexual y Reproductiva.

## ❖ **Salud Sexual y Reproductiva**

La Salud sexual es la relación entre hombre y mujer que se da en un ámbito corporal, de expresiones afectivas y conductas sexuales. La Salud Reproductiva es la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y segura y la libertad de decidir en todos los aspectos relacionados con la procreación”. La salud reproductiva involucra condiciones de la mujer biológicas, psicológicas, sociales y culturales que la preparan para tener hijos. Aquí se inicia la vida de un ser desde la maternidad hasta el final de su fertilidad más o menos a los 50 años. Para mantener la salud sexual y reproductiva se deben adquirir ciertas condiciones saludables en cuanto a conductas sexuales adecuadas y aceptables que favorezcan una calidad de vida y una responsabilidad sociocultural.

## ❖ **La Planificación Familiar**

Cuando el matrimonio, ejercitando la paternidad responsable, busca, posterga o limita la llegada de los hijos, tiene la posibilidad de recurrir a los métodos naturales de planificación familiar. La planificación familiar representa un estilo de vida que ayuda a los cónyuges a

alcanzar su plenitud, por lo tanto no debe ser reducida a meras técnicas. Para poder utilizar estos métodos es necesario que:

- La mujer aprenda a reconocer su fertilidad
- El matrimonio se abstenga de relaciones sexuales durante el período fértil, si el objetivo es evitar el embarazo.

”La planificación familiar se ha definido como el derecho de las personas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. Yolanda palma cabrera. O sea que toda decisión debe tomarse y realizarse con el total consentimiento de la pareja y educando sobre los diferentes Métodos Anticonceptivos (MAC), para regular la reproducción y mantener la Salud Sexual (SS) y la Salud Reproductiva (SR) eligiendo lo mejor para la familia.

#### ❖ **Relación Sexual:**

La respuesta sexual humana es una consecuencia ordenada y racional de acontecimientos fisiológicos cuya meta consiste en preparar los cuerpos de dos miembros del sexo opuesto para que se cumpla la reproducción de la especie.

#### ❖ **Enfermedades de transmisión sexual:**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son infecciones que transmiten de una persona a otra a través del contacto sexual. Las causas de las ETS son las bacterias, parásitos, hongos y virus. Existen más de 20 tipos de ETS

#### ❖ **Sífilis:**

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria. Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Por lo general se adquiere por contacto sexual con una persona que la tiene. También puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo.

La etapa temprana de la sífilis suele causar una llaga única, pequeña e indolora. Algunas veces, causa inflamación de los ganglios linfáticos cercanos. Si no se trata, generalmente causa una erupción cutánea que no pica, frecuentemente en manos y pies. Muchas personas

no notan los síntomas durante años. Los síntomas pueden desaparecer y aparecer nuevamente.

#### ❖ **VIH/SIDA:**

VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana. Éste daña el sistema inmunitario mediante la destrucción de los glóbulos blancos que combaten las infecciones. Esto lo pone en riesgo de contraer infecciones graves y ciertos tipos de cáncer. Sida significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es la etapa final de la infección con el VIH. No todas las personas con VIH desarrollan sida.

#### ❖ **Gonorrea:**

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual, más común en los adultos jóvenes. La bacteria que causa la gonorrea puede infectar el tracto genital, la boca o el ano. Puede contraerse a través del sexo vaginal, oral o anal con una pareja infectada. Una mujer embarazada puede transmitírsela a su bebé durante el parto. Algunas veces, la gonorrea no provoca síntomas.

En los hombres, la gonorrea puede causar dolor al orinar y secreción proveniente del pene. De no tratarse, puede causar problemas en la próstata y testículos.

En las mujeres, los primeros síntomas de gonorrea generalmente son leves. A medida que pasa el tiempo, puede provocar hemorragias entre los períodos menstruales, dolor al orinar y aumento de las secreciones vaginales. De no tratarse, puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica, que causa problemas en el embarazo e infertilidad.

#### ❖ **Herpes genital:**

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por el virus del herpes simple. Puede causar llagas en el área genital o rectal, nalgas y muslos. Puede contagiarse al tener relaciones sexuales vaginales, anales u orales con alguien que lo tenga. El virus puede

contagiarse aún cuando las llagas no están presentes. Las madres pueden infectar a sus bebés durante el parto.

A los síntomas se los llaman comúnmente brotes. Las llagas aparecen usualmente cerca del área donde el virus ingresó al cuerpo. Las llagas son ampollas que se rompen y se vuelven dolorosas, para luego sanar. A veces, las personas no saben que tienen herpes porque no presentan síntomas o éstos son muy leves. El virus puede ser más grave en recién nacidos o en personas con un sistema inmunitario debilitado.

La repetición de los brotes es común, en especial durante el primer año. Con el tiempo los síntomas aparecen con menor frecuencia y son más leves. El virus permanece en su cuerpo para siempre.

#### ❖ **Los virus del papiloma humano (VPH):**

Son un grupo de virus relacionados entre sí. Pueden causar verrugas en diferentes partes del cuerpo. Existen más de 200 tipos. Cerca de 40 de ellos afectan a los genitales. Estos se propagan a través del contacto sexual con una persona infectada. Algunos de ellos pueden ponerle en riesgo desarrollar un cáncer. Existen dos categorías de VPH transmitidos por vía sexual. El VPH de bajo riesgo causa verrugas genitales. El VPH de alto riesgo puede causar varios tipos de cáncer

#### ❖ **Promiscuidad:**

Es la práctica de relaciones sexuales con varias parejas o grupos sexuales, Relación sexual poco estable con distintas personas. La definición de qué comportamiento sexual se considera promiscuo y cuál no lo es, no depende de la cultura y de la época sino que debe atenderse a las definiciones dadas sin juicios de valor de las diferentes culturas.

#### ❖ **Promoción y prevención:**

La promoción de la **salud** y la **prevención** de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse sanos.

### ❖ **Vida sexual saludable**

Una persona sexualmente saludable puede expresar deseos sexuales de una forma o manera satisfactoria donde pueden comenzar a ser una persona, informándose correctamente de hecho y mitos sobre la sexualidad y las relaciones sexuales, pueden iniciar su vida sexual con mayor información necesaria para proteger y cuidar tu salud.

### ❖ **Sexo con protección**

La manera más efectiva de prevenir las infecciones de transmisión sexual es evitar el contacto de las partes del cuerpo o de los líquidos que pueden provocar que se transmita un microorganismo. Idealmente, ambos miembros de la pareja deben conseguir pruebas para ITS antes de iniciar el contacto sexual, independientemente de que ambos hayan o no hayan tenido encuentros sexuales previos con otras personas; sin embargo, ciertas ETS, particularmente ciertos virus persistentes, como por ejemplo el VPH, pueden ser imposibles de detectar con los procedimientos médicos actuales, y pueden ser asintomáticos. La prevención también es clave en el manejo de las ETS virales (VIH y herpes), pues son incurables. Muchas enfermedades que establecen infecciones permanentes pueden ocupar el sistema inmune; así, otras infecciones podrán transmitirse más fácilmente. El llamado *sexo seguro* debe llamarse más bien *sexo protegido* o *sexo con protección*.

Se dispone de algunas vacunas para proteger contra algunas ETS virales como, por ejemplo, la hepatitis B y algunos tipos de VPH. Es aconsejable la vacunación antes del contacto sexual, para asegurar la máxima protección.

### ❖ **preservativos**

Los preservativos o condones solamente proporcionan protección cuando se utilizan correctamente como barrera desde/hacia el área que cubren. Las áreas descubiertas todavía son susceptibles a muchas ETS. En el caso del VIH, las rutas de transmisión sexual implican casi siempre el pene, puesto que el VIH no puede esparcirse a través de la piel intacta; así, al proteger el pene de la vagina o del ano con un condón usado correctamente,

se impide con eficacia su transmisión. Un líquido infectado en una piel rota que llevase a la transmisión directa del VIH no sería considerado “transmitido sexualmente”, pero puede ocurrir teóricamente durante el contacto sexual; esto puede evitarse simplemente dejando de tener contactos sexuales cuando se tiene una herida abierta. Otras ITS, incluso infecciones virales, se pueden prevenir con el uso de los condones de látex como barrera.

Los condones están diseñados, probados y manufacturados para no fallar nunca si se usan apropiadamente. El condón nunca es un cien por ciento seguro.

El uso apropiado exige:

- No poner el condón demasiado firme en el extremo, dejando 1.5 cm en la extremidad para la eyaculación. Si se coloca el condón muy apretado, es muy probable que falle.
- Usar un condón nuevo para cada encuentro sexual.
- No usar un condón demasiado flojo, pues puede hacer fracasar la barrera.
- No voltear el condón después de haber terminado, aunque no haya habido eyaculación.
- No usar condones elaborados con sustancias diferentes al látex y el poliuretano, pues no protegen contra el VIH.
- Evitar dejar el condón en el calor, porque pueden desgastarse.
- Evitar el uso de lubricantes basados en aceite (o cualquier cosa que contenga aceite) con los condones de látex, ya que el aceite puede hacer que se rompan.
- Evitar el uso de doble condón, pues la fricción entre ambos puede hacer que se rompan.

## **Capítulo III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Enfoque de la investigación**

- Qué Importancia tiene la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.
- Cuándo debe brindarse información acerca de la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.
- Para qué debe brindarse información acerca de la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.
- Cuáles son los factores de riesgo socioeconómicos que impiden que conozcan la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.
- Si es importante la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

#### **Hipótesis nula**

No es importante la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.



### **3.2 Tipo de investigación**

Cuál es la Importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato en la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

La investigación cuantitativa según Tamayo 2009, “se fundamenta en los aspectos observables y susceptibles de cuantificar. Utiliza la metodología empírico analítica y se sirve de la estadística para el análisis de los datos”.

Mi investigación es de tipo cuantitativa, ya que pude medir mediante encuestas aplicadas a puérperas y mujeres en edad reproductiva la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato.

### **3.3 Línea de investigación**

Determinar si existe relación significativa entre la importancia de la educación sexual de las puérperas y la salud del neonato.

### **3.4 Población o universo**

Palella, S. y Martins, F. 2009, dice que: “la población se refiere a un conjunto de unidades de las que se desea tener información y sobre lo que se va a generar conclusiones, puede ser definida como el conjunto finito o infinito de elementos personas o cosas pertinentes a una investigación y que generalmente suele ser inaccesible”.

La población utilizada para esta investigación fueron 100pacientes atendidas en del hospital Irma Lourdes de Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

### **3.5 Diseño de muestreo**

En base a mi investigación, se seleccionó a través de un muestreo no probabilístico, por conveniencia. aleatorio simple al azar de tipo individual. En donde se utilizó un total de 20 pacientes puérperas de la sala de partos (Gineco obstetricia) del hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

### 3.6 Marco muestral:

La población universo lo constituyen un total de 100 posibles unidades estadísticas entre las pacientes de la sala de partos del hospital Irma Lourdes De Tzanetatos, de allí que el marco muestral lo constituirían 20 puérperas

<b>Sala de Partos</b>	<b>Muestra (unidades estadísticas)</b>
<b>Pacientes puérperas</b>	<b>10</b>
<b>Pacientes en edad reproductiva(Ginecológica)</b>	<b>10</b>
<b>Total</b>	<b>20</b>

### 3.7 Tamaño de la muestra

La presente muestra tiene un tamaño proporcional al universo debido que las cantidades de unidades estadísticas seleccionados corresponde porcentualmente a lo planeado.

#### CUADRO N°2

#### TAMAÑO PORCENTUAL DE LA MUESTRA

<b>MUESTRA</b>	<b>TAMAÑO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Población o Universo	100	100%
Marco Muestral	20	20%

### 3.8 Diseño del instrumento

Para el diseño del cuestionario se parte de la operacionalización de las variables, esto implica la precisión de los indicadores

Sub Categoría	Indicador
➤ Embarazos en adolescentes	➤ Nauseas ➤ Vómitos ➤ Desertación escolar
▪ Virus del papiloma humano	▪ Verrugas genitales ▪ Cáncer cervicouterino
○ Multiparidad	○ Mujeres con más de 4 hijos ○ Pobreza ○ Hacinamiento

### 3.9 Descripción del instrumento

El instrumento en este caso sería la encuesta se caracteriza por su formalidad y estructuración; consta de una sesión de carácter informativo e instructivo

**Título:** Importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato.

**Objetivo:** Determinar si existe relación significativa entre la importancia de la educación sexual de las puérperas y la salud del neonato.

#### 3.9.1 La primera parte del instrumento:

El cuestionario consta de algunos reactivos con preguntas concretas (sí o no), siendo la finalidad de esta parte recopilar el criterio de las unidades estadísticas, es decir entre las puérperas y mujeres en edad reproductiva de la sala de partos del hospital Irma Lourdes Tzanetatos.

### 3.9.2 La segunda parte del cuestionario:

Tiene el propósito de recabar información vinculada a las variables independientes y dependientes y sus categorías y sub categorías

🌈 **Variable independiente:** Educación sexual

🌈 **Variable dependiente:** salud del neonato

Categoría	Sub Categoría
Educación sexual	➤ Embarazos en adolescentes
	▪ Virus del papiloma humano
	○ Multiparidad

### 3.10 Validez y confiabilidad

Para que exista una validez y confiabilidad es importante validar el instrumento para determinar su contenido el mismo fue elaborado para dar respuesta al problema planteado.

El mismo será validado por tres expertos que tomaran en cuenta criterios como: Ser investigador, que conozca de la elaboración de instrumentos de investigación. A estos expertos se les suministrara una hoja de validación donde podrán determinar la correspondencia entre los objetivos, los ítems y la calidad del lenguaje.

### 3.11 Instrumento

Un instrumento de investigación es la herramienta utilizada por el investigador para recolectar la información de la muestra seleccionada y poder resolver el problema de la investigación.

Una encuesta es un procedimiento dentro de los diseños de una investigación descriptiva en el que el investigador recopila datos mediante un cuestionario previamente diseñado, sin modificar el entorno ni el fenómeno donde se recoge la información ya sea para entregarlo en forma de tríptico, gráfica o tabla. Los datos se obtienen realizando un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa.

### **3.12 Técnica de recolección de datos:**

La recolección de datos se refiere al uso de una gran diversidad de técnicas y herramientas que pueden ser utilizadas por el analista para desarrollar los sistemas de información, los cuales pueden ser la entrevistas, la encuesta, el cuestionario, la observación, el diagrama de flujo y el diccionario de datos. Todos estos instrumentos se aplicarán en un momento en particular, con la finalidad de buscar información que será útil a una investigación en común. En la presente investigación trata con detalle los pasos que se debe seguir en el proceso de recolección de datos, con las técnicas ya antes nombradas.

Las 5 principales técnicas de recolección de datos son:

- ❖ Entrevistas
- ❖ La encuesta
- ❖ La observación
- ❖ Diccionario de datos
- ❖ Diagrama de flujo

Una entrevista es un diálogo en el que la persona (entrevistador), generalmente un periodista hace una serie de preguntas a otra persona (entrevistado), con el fin de conocer mejor sus ideas, sus sentimientos su forma de actuar.

- ✓ Esta investigación basa sus acciones en la recopilación de datos primarios, obtenidos directamente de la realidad, por lo que se utilizará la técnica de la encuesta.

Es la que mejor resultados nos brindará, ya que nos va permitir la verificación al instante de la respuesta a las interrogantes provenientes de la investigación.

## CAPÍTULO IV

### 4.1 Presentación y análisis de resultados

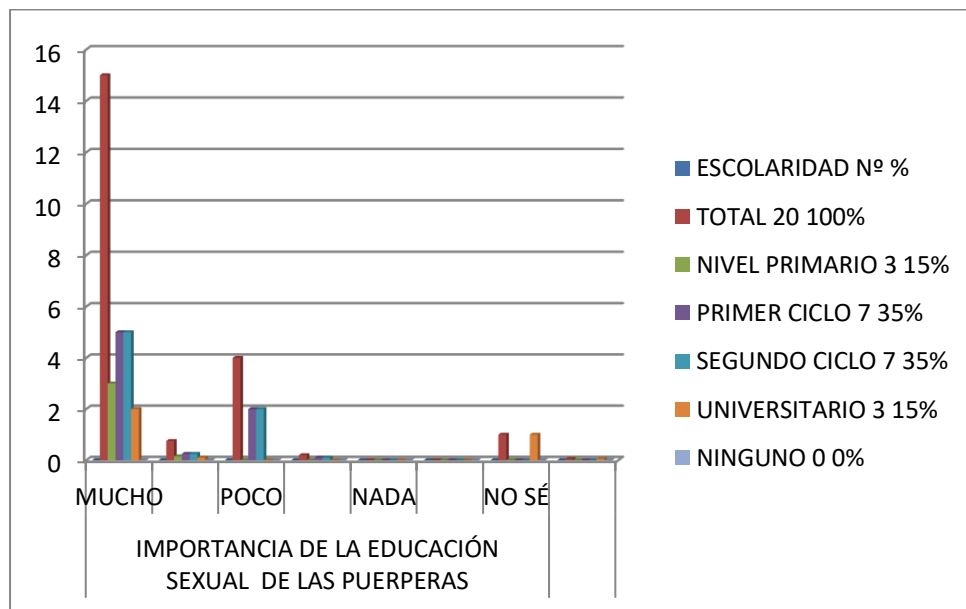
**CUADRO N°1 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS SEGÚN GRADO DE ESOLARIDAD, PANAMA 2018**

ESCOLARIDAD	TOTAL		IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUERPERAS							
			MUCHO		POCO		NADA		NO SÉ	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>75%</b>	<b>4</b>	<b>20%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>
<b>NIVEL PRIMARIO</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	3	15%	0	0%	0	0%	0	0%
<b>PRIMER CICLO</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	5	25%	2	10%	0	0%	0	0%
<b>SEGUNDO CICLO</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	5	25%	2	10%	0	0%	0	0%
<b>UNIVERSITARIO</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	2	10%	0	0%	0	0%	1	5%
<b>NINGUNO</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

**Fuente:** Encuesta titulada importancia de la educación sexual de las puerperas y su implicación en la salud del neonato, realizada por pacientes de la sala de partos del Hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

**Análisis:** El presente cuadro muestra la percepción de las pacientes sobre la importancia de la educación sexual de las puérperas según su grado de escolaridad, Donde la población con una escolaridad a nivel primario representa el 15% de la muestra consideran que es de mucha importancia, la población con escolaridad hasta primer ciclo representa el 35% de la muestra; un 25% consideran ser de mucha importancia mientras que el otro 10% poco importante, la población con escolaridad de segundo ciclo representa el 35% de la muestra consideran; 25% de mucha importancia y el otro 10% poco importante y la población universitaria que representa el 15% de la muestra; el 10% considera que es de mucha importancia mientras que el otro 5% no sabe.

**GRÁFICA N ° 1 IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS SEGÚN GRADO DE ESOLARIDAD, PANAMÁ 2018**



**Análisis:** El presente cuadro muestra la percepcion de las pacientes sobre la importancia de la educación sexual de las puérperas según su grado de escolaridad, Donde la población con una escolaridad a nivel primario representa el 15% de la muestra consideran consideran que es de mucha importancia, la población con escolaridad hasta primer ciclo representa el 35% de la muestra; un25% consideran ser de mucha importancia mientras que el otro 10% poco importante, la poblacion con escolaridad de segundo ciclo representa el 35% de la muestra concideran; 25% de mucha importancia y el otro 10% poco importante y la poblacion universitaria que representa el 15% de la muestra; el 10% concidera que es de mucha importancia mientras que el otro 5% no sabe.

**CUADRO N°2 CANTIDAD DE EMBARAZOS SEGÚN EDAD DE LAS PUÉRPERAS DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018**

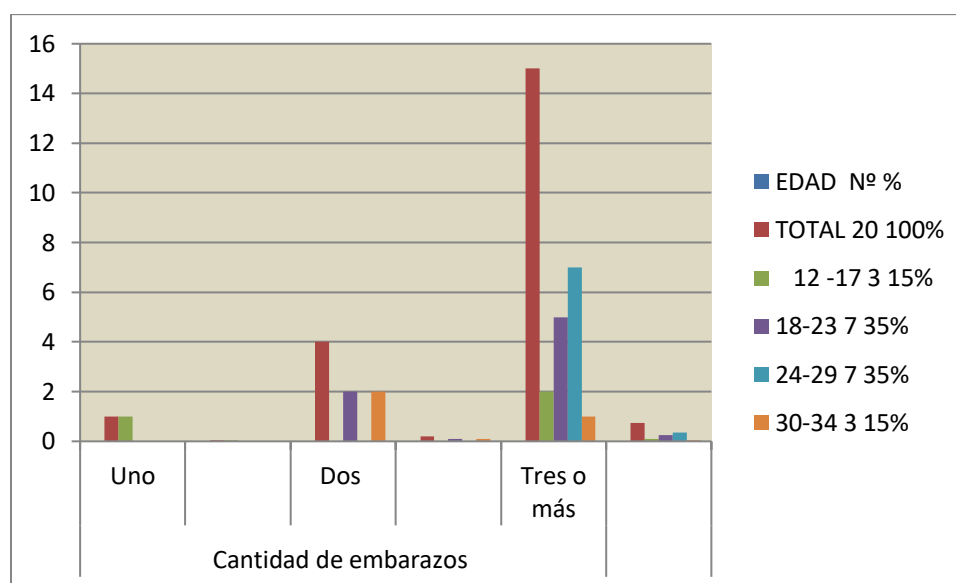
EDAD	TOTAL		Cantidad de embarazos					
			Uno		Dos		Tres o más	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>4</b>	<b>20%</b>	<b>15</b>	<b>75%</b>
<b>12 -17</b>	3	15%	1	5%	0	0	2	10%
<b>18-23</b>	7	35%	0	0%	2	10%	5	25%
<b>24-29</b>	7	35%	0	0%	0	0	7	35%
<b>30-34</b>	3	15%	0	0%	2	10%	1	5%

**Fuente:** Encuesta titulada importancia de la educación sexual de las puerperas y su implicación en la salud del neonato, realizada por pacientes de la sala de partos del Hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

**Análisis:** El presente cuadro nos muestra la cantidad de embarazos tenidos según la edad de las encuestadas, observando que la población con rango de edad de 12-17 años equivale a un 15% de la cual el 5% refiere haber tenido un embarazo mientras que el 10% ha tenido tres o más, la población entre 18 a 23 años el 10% indica haber tenido dos embarazos, mientras que el 25% indica haber tenido tres o más embarazos. La población entre 24 a 29 años; el 35% refiere haber tenido tres o más embarazos y la población de 30 a 34 años el 5% ha tenido tres o más embarazos mientras que el 10% ha tenido dos embarazos.



**GRÁFICA N°2 CANTIDAD DE EMBARAZOS SEGÚN EDAD DE LAS PUÉRPERAS DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018**



**Análisis:** El presente cuadro nos muestra la cantidad de embarazos tenidos según la edad de las encuestadas, observando que la población con rango de edad de 12-17 años equivale a un 15% de la cual el 5% refiere haber tenido un embarazo mientras que el 10% ha tenido tres o más, la población entre 18 a 23 años el 10% indica haber tenido dos embarazos, mientras que el 25% indica haber tenido tres o más embarazos. La población entre 24 a 29 años; el 35% refiere haber tenido tres o más embarazos y la población de 30 a 34 años el 5% ha tenido tres o más embarazos mientras que el 10% ha tenido dos embarazos.

**CUADRO N°3 CONOCIMIENTO ACERCA DE EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUÉRPERAS VERSUS EL USO DE ANTICONCEPTIVOS EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018**

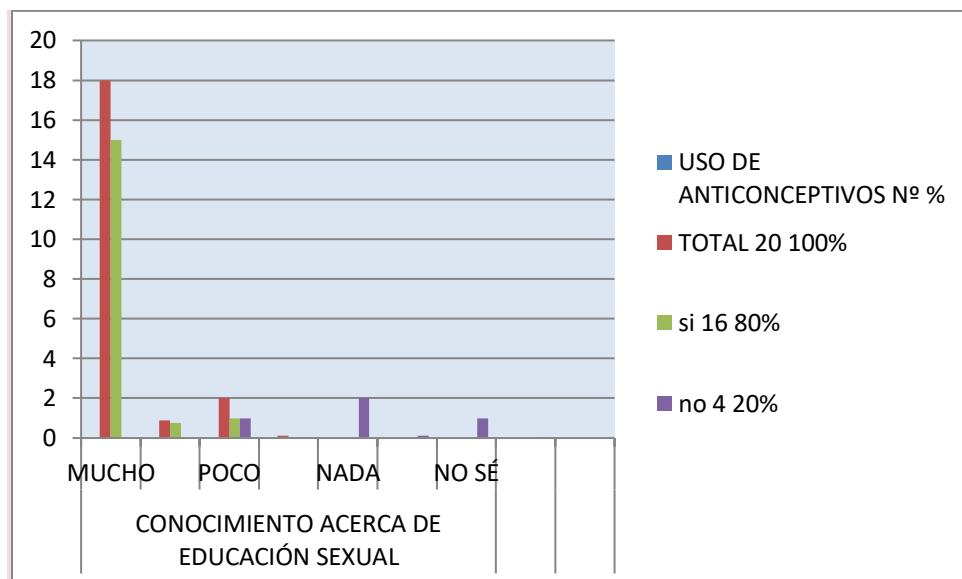
USO DE ANTICONCEPTIVOS	TOTAL		CONOCIMIENTO ACERCA DE EDUCACIÓN SEXUAL							
			MUCHO		POCO		NADA		NO SÉ	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>18</b>	<b>90%</b>	<b>2</b>	<b>10%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>si</b>	<b>16</b>	<b>80%</b>	15	75%	1	5%	0	0%	0	0%
<b>no</b>	<b>4</b>	<b>20%</b>	0	0%	1	5%	2	10%	1	5%

**Fuente:** Encuesta titulada importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato, realizada por pacientes de la sala de partos del Hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

**Análisis:** Este cuadro nos muestra que del 100% de la población el 80% (16) si ha utilizado anticonceptivos, de los cuales un 75% de la población refiere conocer mucho acerca de educación sexual , mientras que un 5% refiere conocer poco de educación sexual.

El 20% (4) no han utilizado anticonceptivos, de las cuales un 5% refiere conocer poco acerca de educación sexual, el 10% respondió que no sabe nada acerca de educación sexual y el otro 5% refiere que no usa anticonceptivos y no sabe acerca de educación sexual

**CRÁFICA N°3 CONOCIMIENTO ACERCA DE EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS PUÉRPERAS VERSUS EL USO DE ANTICOCEPTIVOS EN LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018**



**Análisis:** Este cuadro nos muestra que del 100% de la población el 80% (16) si ha utilizado anticonceptivos, de los cuales un 75% de la población refiere conocer mucho acerca de educación sexual , mientras que un 5% refiere conocer poco de educación sexual.

El 20% (4) no han utilizado anticonceptivos, de las cuales un 5% refiere conocer poco acerca de educación sexual, el 10% respondió que no sabe nada acerca de educación sexual y el otro 5% refiere que no usa anticonceptivos y no sabe acerca de educación sexual

**CUADRO N°4 CONOCIMIENTO ACERCA DE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL Y LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN LAS PUÉRPERAS DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018**

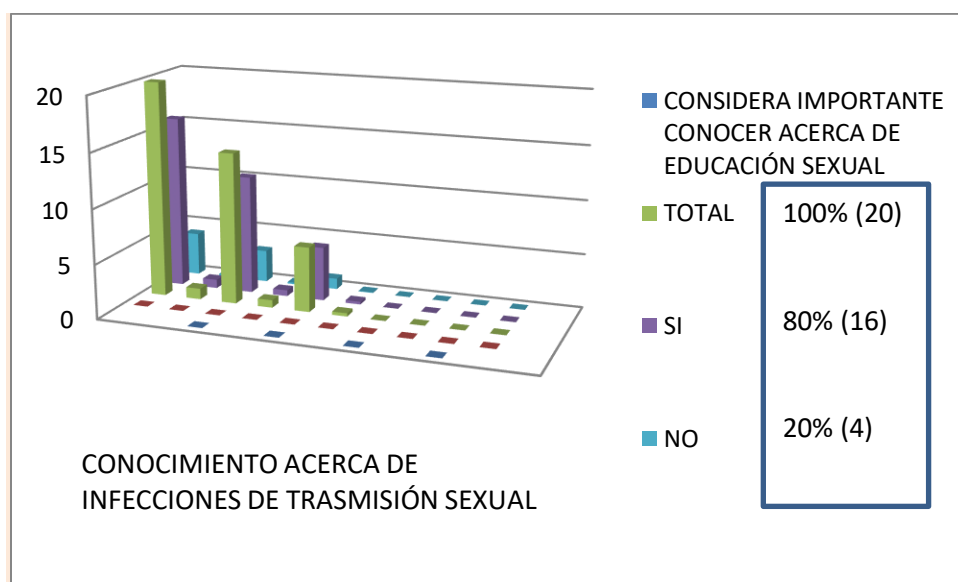
<b>CONSIDERA IMPORTANTE CONOCER ACERCA DE EDUCACIÓN SEXUAL</b>	<b>TOTAL</b>		<b>Conocimiento acerca de infecciones de transmisión sexual</b>							
			<b>MUCHO</b>		<b>POCO</b>		<b>NADA</b>		<b>NO SÉ</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>14</b>	<b>70%</b>	<b>6</b>	<b>30%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>SI</b>	<b>16</b>	<b>80%</b>	<b>11</b>	<b>55%</b>	<b>5</b>	<b>25%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>NO</b>	<b>4</b>	<b>20%</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

**Fuente:** Encuesta titulada importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato, realizada por pacientes de la sala de partos del Hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

**Análisis:** Del 100 % se puede observar que el 80% de las encuestadas consideran importante la educación sexual, de las cuales un 55% refiere tener mucho conocimiento acerca de infecciones de transmisión sexual , mientras que el otro 25% indica poco conocimiento de infecciones de transmisión sexual. El 20% no considera importante la educación sexual, de las cuales el 15% refiere tener mucho conocimiento acerca de infecciones acerca de educación sexual y un 5% refirió tener poco conocimiento del tema.

La educación sexual es importante y primordial para evitar padecer alguna infección de transmisión sexual, no basta con sólo conocerlas, sino conocer la forma adecuada de evitarlas.

**GRÁFICA N°4 CONOCIMIENTO ACERCA DE INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL Y LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN LAS PUÉRPERAS DE LA SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DEL AÑO 2018**



**Análisis:** Del 100 % se puede observar que el 80% de las encuestadas consideran importante la educación sexual, de las cuales un 55% refiere tener mucho conocimiento acerca de infecciones de transmisión sexual , mientras que el otro 25% indica poco conocimiento de infecciones de transmisión sexual. El 20% no considera importante la educación sexual, de las cuales el 15% refiere tener mucho conocimiento acerca de infecciones acerca de educación sexual y un 5% refirió tener poco conocimiento del tema.

La educación sexual es importante y primordial para evitar padecer alguna infección de transmisión sexual, no basta con sólo conocerlas sino conocer la forma adecuada de evitarlas.

**CUADRO N°5 PRECAUCIONES QUE HAN TOMADO DURANTE EL EMBARAZO PARA EVITAR INFECCIONES DE TRASMISSION SEXUAL SEGÚN LA CANTIDAD DE HIJOS QUE HAN TENIDO LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DELAÑO 2018**

CANTIDAD DE EMBARAZOS TENIDOS	TOTAL		PRECAUCIONES QUE HA TOMADO DURANTE EL EMBARAZO PARA EVITAR INFECCIONES DE TRASMISSION SEXUAL							
			Abstinencia		Preservativo (condón)		NADA		NO SÉ	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>6</b>	<b>30%</b>	<b>4</b>	<b>20%</b>	<b>10</b>	<b>50%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Uno</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>DOS</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>4</b>	<b>20%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>TRES O MÁS</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

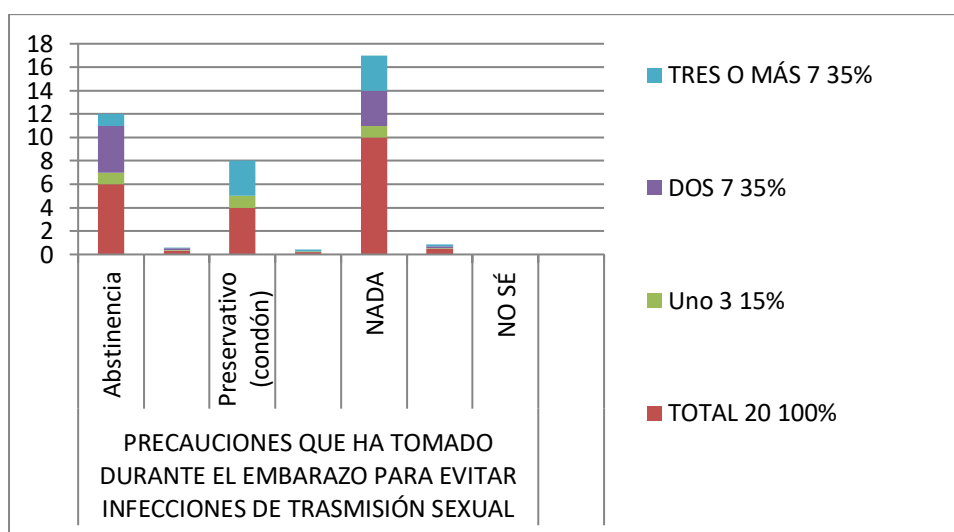
**Fuente:** Encuesta titulada importancia de la educación sexual de las puerperas y su implicación en la salud del neonato, realizada por pacientes de la sala de partos del Hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

**Análisis:** Del 100% se puede observar que el 30% ha utilizado como metodo de precaución de infecciones de transmisión sexual la abstinencia, mientras que un 20% refiere haber utilizado preservativo y un 50% de las encuestadas refieren no haber utilizado nada para prevenir infecciones de transmisión sexual durante sus embarazos.

Del 30% de las encuestadas un 5% refiere haber tenido un embarazo , mientras que un 20 % refiere haber tenido dos embarazos y el otro 5% refiere haber tenido de tres a más embarazos. Del 20% , un 5% refiere haber tenido un embarazo, mientras que el 15% ha tenido más de tres embarazos ; Del 50% restante de las encuestadas un 5% ha tenido un embarazo, el 15% ha tenido dos embarazos y el otro 15 % refiere haber tenido más de tres embarazos.

Es importante resaltar la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato, porque se puede observar como la mitad de la población encuestada no utiliza nada para prevenir infecciones de transmisión sexual, lo cual puede tener repercusiones en la salud del neonato (recien nacido).

**GRÁFICA N°5 PRECAUCIONES QUE HAN TOMADO DURANTE EL EMBARAZO PARA EVITAR INFECCIONES DE TRASMISIÓN SEXUAL SEGÚN LA CANTIDAD DE HIJOS QUE HAN TENIDO LAS PUÉRPERAS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE DELAÑO 2018**



**Análisis:** Del 100% se puede observar que el 30% ha utilizado como método de precaución de infecciones de transmisión sexual la abstinencia, mientras que un 20% refiere haber utilizado preservativo y un 50% de las encuestadas refieren no haber utilizado nada para prevenir infecciones de transmisión sexual durante sus embarazos.

Del 30% de las encuestadas un 5% refiere haber tenido un embarazo, mientras que un 20% refiere haber tenido dos embarazos y el otro 5% refiere haber tenido de tres a más embarazos. Del 20%, un 5% refiere haber tenido un embarazo, mientras que el 15% ha tenido más de tres embarazos; Del 50% restante de las encuestadas un 5% ha tenido un embarazo, el 15% ha tenido dos embarazos y el otro 15% refiere haber tenido más de tres embarazos.

Es importante resaltar la importancia de la educación sexual de las puérperas y su implicación en la salud del neonato, porque se puede observar como la mitad de la población encuestada no utiliza nada para prevenir infecciones de transmisión sexual, lo cual puede tener repercusiones en la salud del neonato (recién nacido).

**CUADRO N°6 INFORMACIÓN RECIBIDA ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN EDAD DE PUERPERAS DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE 2018**

EDAD	TOTAL		INFORMACIÓN RECIBIDA ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL EN EL TRANSCURSO DE SU VIDA							
			MUCHO		POCO		NADA		NO SÉ	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	<b>10</b>	<b>50%</b>	<b>9</b>	<b>45%</b>	<b>1</b>	<b>5%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>12 -17</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	0	0%	2	10%	1	5%	0	0%
<b>18-23</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	3	15%	4	20%	0	0%	0	0%
<b>24-29</b>	<b>7</b>	<b>35%</b>	5	25%	2	10%	0	0%	0	0%
<b>30-34</b>	<b>3</b>	<b>15%</b>	2	10%	1	5%	0	0%	0	0%

**Fuente:** Encuesta titulada importancia de la educación sexual de las puerperas y su implicación en la salud del neonato, realizada por pacientes de la sala de partos del Hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el primer semestre del año 2018.

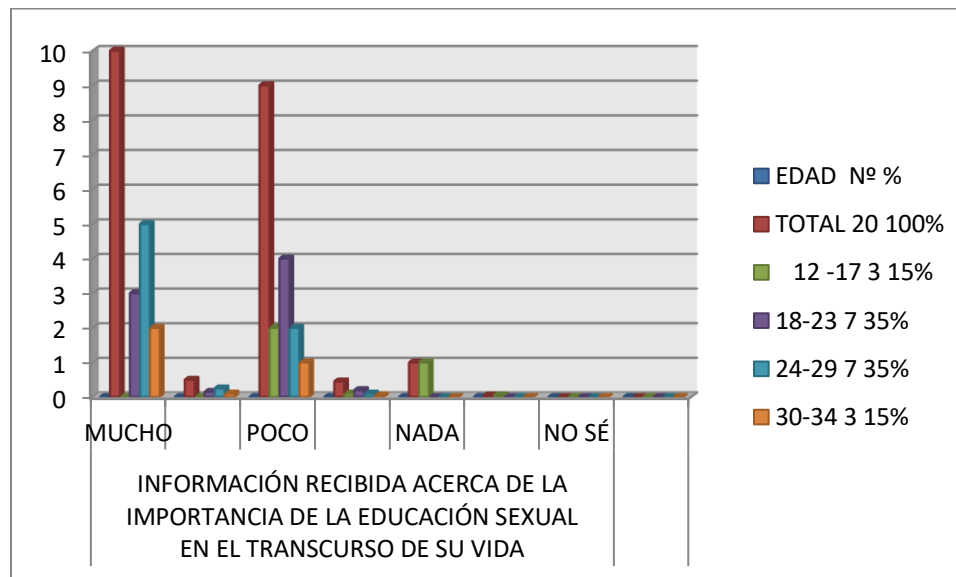
**Análisis:**

Del 100% de las encuestadas un 50% refiere haber recibido mucha información acerca de educación sexual, mientras que un 45% refiere haber recibido poca información y un 5% ninguna información. Cabe destacar que las encuestadas dentro del rango de edades entre 12 a 17 años ninguna refirió haber recibido mucha información acerca de educación sexual sino que un 10% refiere haber recibido poco, y el 5% indica no haber recibido dicha información.

La primera línea de información debe ser en el hogar pero en ocasiones eso no sucede, por lo que es importante como docentes estar capacitados para abordar el tema de educación sexual de forma correcta. Además, como personal de salud es importante antes de la salida de las puerperas dar una orientación clara y precisa a los pacientes.



**GRÁFICA N°6 INFORMACIÓN RECIBIDA ACERCA DE LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN EDAD DE PUERPERAS DE SALA DE PARTOS DEL HOSPITAL IRMA LOURDES TZANETATOS EN EL PRIMER SEMESTRE 2018**



**Análisis:**

La gráfica muestra que del 100% de las encuestadas un 50% refiere haber recibido mucha información acerca de educación sexual, mientras que un 45% refiere haber recibido poca información y un 5% ninguna información. Cabe destacar que las encuestadas dentro del rango de edades entre 12 a 17 años ninguna refirió haber recibido mucha información acerca de educación sexual sino que un 10% refiere haber recibido poco, y el 5% indica no haber recibido dicha información.

La primera línea de información debe ser en el hogar pero en ocasiones eso no sucede, por lo que es importante como docentes estar capacitados para abordar el tema de educación sexual de forma correcta. Además, como personal de salud es importante antes de la salida de las puerperas dar una orientación clara y precisa a los pacientes.

## **Capítulo V**

### **Conclusiones Y Recomendaciones**

#### **5.1 Conclusiones**

Al finalizar esta investigación se hace necesario señalar algunas consideraciones finales del tema de estudio.

- La educación sexual de las puérperas tiene mucha importancia, porque al conocer acerca del tema pueden lograr evitar infecciones de transmisión sexual que posteriormente repercutan en la salud del neonato.
- Debe brindarse información acerca de la importancia de la educación sexual desde temprana edad siempre teniendo en cuenta la etapa del desarrollo físico y cognitivo de la persona. Ya que el conocimiento brinda mejor control y toma de decisiones.
- Educar a la población acerca de la importancia de la educación sexual debe hacerse para lograr disminuir los embarazos en adolescentes, la multiparidad (mujeres con más de 4 hijos), las infecciones de transmisión sexual.
- Algunos factores de Riesgo socioeconómicos que impiden que conozcan la importancia de la educación sexual es la baja escolaridad, la falta de empleo, la disfunción familiar.
- Existe relación significativa entre la educación sexual de las puérperas y la implicación en la salud del neonato, porque al no prevenir contagios de transmisión sexual durante el embarazo, expone al recién nacido a padecer anomalías a causa del contagio.
- Se debe considerar la educación sexual como un pilar fundamental para prevenir infecciones de transmisión sexual, embarazos no planificados, aumento en el número de hijos a temprana edad y aumento en la pobreza.

## 5.2 Recomendaciones

- Mejorar las estrategias de salud ya establecidas que promuevan la atención integral de la mujer, para el mejoramiento de la salud materno infantil.
- Promover el cuidado de la salud sexual y reproductiva desde temprana edad enfocando los valores que deben ser inculcados en casa y en carencia de estos realizarlo desde colegio o en las entidades de salud.
- Reforzar y aclarar toda duda que las puérperas presente ante el tema, tomando en cuenta su nivel de escolaridad para hacer uso de un lenguaje claro que promueva la obtención correcta del conocimiento.
- Diseñar un plan permanente de actividades colectivas sobre temas en salud sexual y que incluya talleres, preventivos y consejerías personalizadas, donde se brinde conocimiento a las puérperas sobre los riesgos a los cuales expone al recién nacido al no utilizar prevención para infecciones de transmisión sexual, las repercusiones a su salud al tener un número elevado de hijos.

## Referencias bibliográficas

- Checas, S. (2003). Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Flores Yamile (2008) El país de Mili y Robert “Educación sexual integral”.CORDOBA, ED ALTA CORDOBA IMPRESOS.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2006). Metodología de la investigación. 4a ed. México: McGraw-Hill.
- López F. y Fuertes, A. (1996). Para comprender la sexualidad. 6ª ed. Navarra: Verbo Divino
- Ruiz , J. A. (2016). *Metodología de la investigación: Compendios y practicas*.Panamá.

## INFOGRAFÍA

1. [https://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n\\_sexual](https://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_sexual)
2. [https://www.ecured.cu/Educaci%C3%B3n\\_sexual](https://www.ecured.cu/Educaci%C3%B3n_sexual)
3. <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos>
4. <http://repositorio.gire.org.mx/handle/123456789/1768>
5. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400024](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400024)
6. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X1998000300005](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X1998000300005)
7. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000300011)
8. <http://sexoysalud.consumer.es/educaci%C3%B3n-y-derechos/modelos-de-educaci%C3%B3n-sexual>
9. <https://www.tuasaude.com/es/metodos-anticonceptivos/>
10. [https://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones\\_de\\_transmisi%C3%B3n\\_sexual](https://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones_de_transmisi%C3%B3n_sexual)

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE SAN MIGUELITO – CRUSAM  
ENCUESTA PARA EL TRABAJO DE GRADO

**Título:** Importancia de la Educación Sexual de las Puérperas y su Implicación en la Salud del Neonato en la Sala de Partos del Hospital Irma Lourdes Tzanetatos en el Primer Semestre del Año 2018.

**Objetivo:** Determinar si existe relación significativa entre la importancia de la educación sexual de las puérperas y la salud del neonato.

**Observación:** La información que suministre es solo para fines estadísticos y será estrictamente confidencial.

**Dirigido a:** puérperas y mujeres en edad reproductiva

**1. En que rango de edad se ubica usted.**

- a. De 12 a 17 años
- b. De 18 a 23 años
- c. De 24 a 29 años
- d. De 30 a 34

**2.Cuál es su grado de escolaridad.**

- a. Nivel primario
- b. Primer ciclo
- c. Segundo ciclo
- d. Universitario

**3. Considera importante conocer acerca de educación sexual.**

Si\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

**4. Cuántas veces ha estado embarazada**

- a. Una vez
- b. Dos veces

- c. Tres o más

**5. Cuáles métodos anticonceptivos de los que a continuación se mencionan ha utilizado.**

- a. Píldoras o pastillas anticonceptivas
- b. Preservativo o condón
- c. Inyecciones
- d. Dispositivos intrauterino (T de cobre, anillo)
- e. Otros, mencione cuál \_\_\_\_\_
- f. Ninguno

**6. Qué conocimiento tiene acerca de educación sexual Mucho**

- a. Mucho
- b. Poco
- c. Nada
- d. No sé

**7. Qué precauciones que ha tomado durante el embarazo para evitar infecciones de transmisión sexual**

- a. Abstinencia
- b. Preservativo(condón)
- c. ninguno

**8. Ha recibido información acerca de la importancia de la educación sexual en el transcurso de su vida**

- a. Mucho
- b. Poco
- c. Nada
- d. No sé